UNIVERSITE PARIS VAL-DE-MARNE

FACULTE DE MEDECINE DE CRETEIL

****

ANNEE 2007 **N°**

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT

DE

DOCTEUR EN MEDECINE

Discipline: Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement le

à CRETEIL (PARIS XII)

Par

Alexandre Arash DJAVADIAN

Né le 05 Août 1974 à Téhéran (IRAN)

<u>TITRE</u> : Motifs de consultation aux urgences pédiatriques des nouveau-nés et des nourrissons dans le premier mois qui suit la sortie de maternité ou de néonatologie.

<u>DIRECTEUR DE THESE</u> :

Docteur Catherine BARREY

<u>LE CONSERVATEUR DE LA BIBLIOTHEQUE UNIVERSITAIRE</u>

Signature du

Directeur de thèse

Cachet de la bibliothèque

universitaire

A ma femme, Alexandra, qui chaque jour remplie mon cœur de bonheur

A mes filles, Astrid et Apolline, lumières éternelles de ma vie

A mes parents, qui ont fait tant de sacrifices pour me permettre d'être celui que je suis aujourd'hui.

A mes sœurs, Lara et Sara.

A Patrick.

Une pensée émue pour mon grand père.

A tous mes camarades de joie et de galère avec qui j'ai passé tant de moments de travail, d'espoir, de bonheur, parfois d'illusions ou de tristesse et qui ont rendu toutes ces années passées à la faculté de médecine de Créteil, inoubliables.

Au Dr Christine ORZECOWSKI pour avoir rendu possible cette thèse.

Au Dr Catherine BARREY pour sa patience et sa disponibilité.

A toute l'équipe des urgences pédiatriques et notamment aux Dr DJAFFAR et Dr ANDRIANTHAHINA pour leur aide apportée à la réalisation de ce travail.

Au Dr Pierre ETERSTEIN pour m’avoir donné goût à la médecine de ville.
Son enseignement m’accompagne encore quotidiennement dans chacune de mes consultations.

Aux Dr Cédric TAHIRI, Paul DESI et Agnès MEYER pour m’avoir permis de m’épanouir dans le service de pédiatrie de l’hôpital de Dourdan, mais aussi pour m’avoir encouragé quotidiennement à écrire ma thèse.



Au président et aux membres du jury, pour l'honneur que vous m'accordez d'avoir accepté de lire mon travail.

Au futur, pour qu'il soit aussi souriant que le passé

Ce n’est pas en contemplant la lumière que l’on devient lumineux, c’est en portant un regard sur sa propre obscurité…
Ce qui est moins populaire parce que beaucoup plus difficile.

C.G. JUNG

SOMMAIRE :

SOMMAIRE DES GRAPHIQUES :

ABREVIATIONS :

AME	:	Aide Médicale d'Etat
CAT	:	Conduite A Tenir
CMU	:	Couverture Maladie Universelle
ECBU	:	Examen CytoBactériologique des Urines
HAS	:	Haute Autorité de santé
PP	:	Mauvaise prise pondérale
OGE	:	Organes génitaux externes
PMI	:	Protection Maternelle et Infantile
RAS	:	Rien A Signaler
RGO	:	Reflux Gastro Oesophagien
SA	:	Semaine d'Aménorrhée
SS	:	Sécurité Sociale
SS+Mut	:	Sécurité Sociale et Mutuelle
UHCD	:	Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
VRS	:	Virus Respiratoire Syncytial

A. INTRODUCTION :

Il y a eu en France métropolitaine 831 000 naissances en 2006. Il s'agit des chiffres les plus élevés depuis 25 ans d'après les sources INSEE [17]. Le nombre de naissances en Ile de France, lui, se stabilise depuis 2000 à un taux élevé, avec près de 178 000 naissances en 2006.
Parallèlement, la durée moyenne du séjour en maternité diminue régulièrement avec un retour plus précoce à domicile.
Le rapport sur « La santé périnatale en 2001» [27] notait la réduction progressive de la durée du séjour en maternité depuis 1994 : Seules 14 % des femmes restaient moins de 4 jours en maternité en 1995 contre 27 % en 1998 et 33% en 2001. La durée moyenne du séjour était alors en 2001 de 4,7 jours contre 7 à 8 jours, dix ans plus tôt.

C'est ainsi qu'après un séjour en maternité dont la durée n'a eu, donc, cesse de décroître et avec quelques informations données au moment où la mère n'est pas forcément la plus réceptive, que cette nouvelle aventure va débuter.
Après avoir été accompagnée tout le long de sa grossesse, entourée, voir submergée de visites à la maternité dès l'arrivée du tant attendu bébé, les mères se retrouvent souvent bien seule au domicile avec la fatigue de l'accouchement encore bien présente et bébé, cet être fragile et dépendant qu'elle apprend à découvrir, et pour lequel le mode d'emploi n'est jamais fourni à la livraison.
Les pères ont du mal à trouver leur place et quand bien même, leurs angoisses ne sont pas moindres face à tout événement imprévu ou vécu comme anormal.
L'éclatement de la cellule familiale fait que les grands parents, dont l'expérience et le rôle de soutien pourraient parfois être primordial, ne sont bien souvent pas là pour assister la maman.

Pour toutes ces raisons, et face au manque de structures de relai à la sortie de maternité, le recours aux urgences pédiatriques est souvent la solution choisie pour apporter une réponse aux interrogations et angoisses des parents, pour des indications relevant le plus souvent de la simple consultation.
Aux urgences pédiatriques de Bry sur Marne, où l'activité a augmenté régulièrement, ce sentiment est partagé par l'équipe soignante : les motifs amenant à consulter semblent souvent résulter d'un manque d'information durant le séjour en maternité mais aussi d'un manque

d'encadrement après la sortie. Malgré cet engorgement des urgences pédiatriques, particulièrement en périodes épidémiques, il convient cependant de rester vigilant car des motifs réellement urgents existent.

Il nous a donc paru judicieux de mener une étude prospective aux urgences pédiatriques de l'Hôpital Saint Camille de Bry sur Marne afin d'étudier cette population et de mieux appréhender les caractéristiques socioéconomiques des consultants afin de voir s'il existe réellement des facteurs majorant ce recours aux urgences pédiatriques comme nous semblions le croire.

- Quels sont les motifs les plus fréquents de consultation aux urgences pédiatriques dans le mois qui suit la sortie de maternité ?
- Ces motifs sont ils le plus souvent en rapport avec une pathologie non urgente ?
- Peut-on définir une population à risque ?
- Les consultations non urgentes relèvent-elles d'un manque d'information en maternité ?
- Résultent-elles d'un manque d'encadrement après la sortie de maternité ?
- Sont-elles corrélées à la durée de plus en plus courte du séjour en maternité ?

Nous avons essayé de répondre dans un premier temps à ces interrogations, puis dans un deuxième temps d'apporter quelques pistes de réflexions afin d'améliorer la prise en charge des nouveau- nés et d'éviter le recours aux urgences pour des motifs non urgents.

B. PRESENTATION DE L'ÉTUDE :

1. METHODE :

Il s'agit d'une étude épidémiologique longitudinale prospective réalisée sur une période de 6 mois (2 fois 3 mois : une première période de 3 mois: Juillet, août et septembre 2003 et une seconde période de 3 mois : Février, mars et avril 2004)
Un questionnaire [Annexe 1] permettant de recueillir directement les informations a été mis au point grâce à l'aide des médecins urgentistes.
Il a été rempli en majorité par le médecin qui a pris en charge le nouveau-né concerné en présence, bien entendu, des parents.
On a ainsi pu inclure 200 nouveau-nés: 100 sur chaque période citée.
La saisie des informations a été réalisée sous Microsoft Excel 2000.
Les données statistiques ont été traitées sous EpiData version 3.0 et Microsoft Excel 2000
Le test du Khi2 a été utilisé avec un seuil significatif de 5%.

2. LIEU DE L'ETUDE :

L'étude a été réalisée aux urgences pédiatriques de l'Hôpital Saint Camille.
Il s'agit d'un établissement hospitalier de statut privé reconnu d'utilité publique et admis à Participer à l'exécution du Service Public Hospitalier (PSPH). Situé à Bry Sur Marne, ville de plus de 15 000 habitants (recensement 1999), à la frontière entre les départements 94, 93 et 77, il draine des patients des communes voisines dans un rayon de plusieurs kilomètres.

En 1999, l'hôpital a été agréé comme SAU (Service d'Accueil des Urgences). Il répond, par ailleurs, aux exigences d'un hôpital général de proximité et couvre l'ensemble des disciplines médicales et chirurgicales, générales et de spécialités, de court séjour et d'hôpital de jour. Malgré ce plateau technique complet, l'hôpital Saint Camille n'accueille pas de maternité en son sein mais travaille étroitement avec les maternités environnantes. Elle possède un service de néonatologie IIb où viennent des nouveau-nés des maternités ou des réanimations néonatales de la région.

Le pôle de pédiatrie dont le chef de service est le Dr Christine ORZECHOWSKI comporte 37 lits d'hospitalisations conventionnelles, dont 8 fermés faute de personnel :

- une unité d'hospitalisation de 17 lits
- une unité de néonatologie de 10 lits.
- un service de chirurgie pédiatrique disposant de 10 lits dont le chef de service est le Dr Viken KAZANDJIAN.

Mais également de
- 3 lits d'hôpital de jour,
- d'un service d'accueil des urgences pédiatriques distinct des urgences adultes doté de 2 lits dédiés à l'hospitalisation d'urgence (UHCD).

On a pu noter en 2004, 4388 hospitalisations dans l'ensemble du département de pédiatrie (y compris les hôpitaux de jour, l'UHCD, le département de néonatologie et de chirurgie)
Sans les hôpitaux de jour, la chirurgie et la néonatologie, le nombre d'hospitalisations est de 2568 en 2004

Le service des urgences pédiatriques a, quant à lui, enregistré 20746 passages en 2004, urgences médicales et chirurgicales confondues. Ce qui correspond à une moyenne de 57 consultations par jour.
Cela a conduit à 2483 admissions, soit un taux d'hospitalisation de 12 % toutes urgences confondues.
Les urgences médicales sont majoritaires, avec 13120 passages et 1934 admissions : soit 15% d'hospitalisations (UHCD incluse)

L’équipe médicale des urgences est constituée comme suit :

- 3 médecins temps plein pédiatres :
  Dr DJAFFAR, Dr ANDRIANTHAHINA et Dr DEMAYER.
- 1 interne de pédiatrie, 3 internes en médecine générale et 2 faisant fonction d’interne.
- 3 infirmières présentes chaque jour.

Durant la journée l’équipe médicale est composée de 2 médecins seniors et de 3 internes.
Les gardes de nuit et de week-end sont assurées par un pédiatre senior et un interne de pédiatrie ou de médecine générale. L’ensemble des médecins du service de pédiatrie participent à la liste de garde épaulé par des médecins vacataires. Est également présent en garde un interne.

L’offre médicale libérale à Bry Sur Marne est représentée par :

- 13 médecins généralistes
- 2 médecins pédiatres

Il n’existe pas de structure de réseau post-partum, mais on note la présence d’un centre de PMI.

3. POPULATION ETUDIEE :

3.1. Critères d’inclusion :

Sont inclus tous les nouveau-nés, sortis de maternité ou de néonatologie depuis moins de 30 jours et se présentant aux urgences pédiatriques, que le motif soit médical ou chirurgical, qu’il s’agisse de consultations directes, l’enfant ayant été amené directement par les parents sans avis préalable, ou bien de ceux adressés par un médecin libéral (généraliste ou pédiatre) ou par la PMI ou bien encore de ceux transférés et passant par les urgences.
En cas de plusieurs consultations par le même enfant, autant de questionnaires seront remplis.
Ce cas en réalité n’a concerné que 2 enfants dans notre étude qui ont consulté 2 fois.

3.2. Critères d’exclusion :

Sont exclus les nouveau-nés sortis de maternité depuis plus de 30 jours.

4. PARAMETRES ETUDIES :

Une étiquette du dossier de consultation des urgences collée sur le questionnaire [Annexe 1] permet de disposer du nom de l’enfant, de sa date de naissance, de la date du jour de consultation, des coordonnées des parents, ainsi que du numéro informatique de son passage aux urgences.

Le questionnaire comporte 4 grands chapitres :

a) Informations d’ordre général :

- Caractéristiques du nouveau-né : Date de naissance, sexe, âge lors de la consultation. Poids de naissance, de sortie et lors de la consultation.
- Date de sortie de maternité ou de néonatalogie.
- Durée du séjour en maternité ou en néonatalogie.
- Mode d’accouchement.
- Type d’établissement : maternité privée ou publique.
- Terme de naissance.
- Type d’allaitement : lait maternel, artificiel ou mixte.
- Problèmes notables durant la grossesse ou l’accouchement.

b) Informations sur la consultation actuelle :

- Présence de consultations antérieures ?

  Si oui, combien ? Auprès de qui ? Diagnostic retenu ? Le motif actuel est-il le même ?
- Motifs de consultation aux urgences : liste d'items à cocher.
- Pourquoi aux urgences : liste d'items à cocher.
- Mode d'arrivée aux urgences : liste d'items à cocher.
- Nature des examens complémentaires : liste d'items à cocher.
- Diagnostic retenu : réponse ouverte.
- Orientation : liste d'items à cocher.
- Traitement en l'absence d'hospitalisation : liste d'items à cocher.

c) Informations sur l'éducation en maternité et l'encadrement depuis la sortie.

- Nature des informations reçues en maternité ou en néonatalogie : liste d'items à cocher.
- Vécu de cette formation par la maman : liste d'items à cocher.
- Vécu de la durée de séjour en maternité ou en néonatalogie: liste d'items à cocher.
- Nature de la prise en charge depuis la sortie : liste d'items à cocher.

d) Informations sur les parents et la famille.

- Age des parents : réponse ouverte.
- Professions exercées : réponse ouverte.
- Congé parental, congé paternel : réponse ouverte.
- Nature de la couverture sociale : liste d'items à cocher.
- Origine ethnique : réponse ouverte.
- Autres enfants : réponse ouverte.
- Entourage et famille présente : réponse ouverte.

5. DIFFICULTES RENCONTREES :

5.1. Difficultés de recueil :

Plusieurs questionnaires n'ont pu être remplis directement aux urgences, faute de disponibilité des médecins ou compte tenu des heures tardives de consultation ou bien encore s'agissant d'enfants hospitalisés où l'on n'a pas souhaité « solliciter » des parents encore sous l'émotion.
Ils seront remplis en majorité à posteriori par téléphone en rappelant les parents.

17 questionnaires cependant n'ont pu être remplis :

- 5 parce que les parents ne comprenaient pas ou très peu le français.
- 2 par refus des parents de participer
- 10 dossiers non remplis aux urgences et dont les informations pour joindre les parents étaient erronées.

Par ailleurs, le fractionnement en deux périodes d'études de trois mois n'était pas prévu initialement, mais s'est imposé par la perturbation du recueil lié notamment au changement d'internes et à la baisse de la vigilance de l'équipe soignante dans le temps.

5.2. Difficultés de saisies :

Dans l'ensemble, médecins et internes ont activement participé au recueil des données, et je les remercie à nouveau pour cela. Les grilles n'ont posé aucun problème majeur de saisies.
Le peu de questionnaire mal rempli concernait toujours les items en rapport avec les informations sur les parents et la famille obligeant à rappeler les parents au téléphone.

5.3. Limites :

Cette étude n'a pu être menée que sur 6 mois. Face à la charge de travail aux urgences, il paraissait difficile de garder l'équipe médicale vigilante plus longtemps sur la qualité du recueil des informations. Il nous a donc semblé plus judicieux de disposer de 200 dossiers bien remplis plutôt que de vouloir poursuivre sur une période plus longue et de risquer d'introduire des biais du fait d'un mauvais recueil.

C. RESULTATS GLOBAUX :

1. DONNÉES CONCERNANT LES NOUVEAU-NÉS :

1.1. Répartition par sexe :

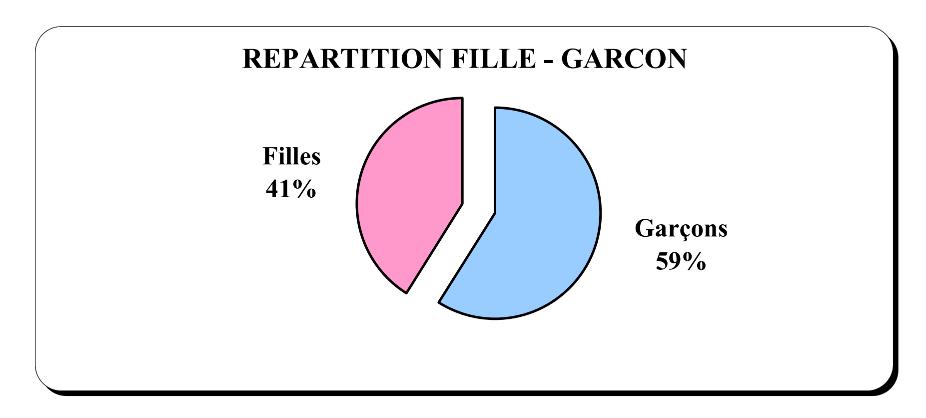


Fig. 1 : Répartition par sexe.

On constate une majorité de garçons (59%) avec un sexe ratio de 1,44.

1.2. Répartition par tranches d'âges :

Nous avons pris le parti d'étudier les nouveau-nés consultant dans le mois qui suit la sortie de maternité ou de néonatologie sans limite d'âge. Nous prenons ainsi en compte seul un élément temporel.

Si l'on définit 3 tranches d'âges : jusqu'à 10 jours de vie inclus, entre 11 et 20 jours de vie et au delà de 20 jours de vie, la répartition est la suivante :

44% des enfants ont entre 11 et 20 jours,
41% ont plus de 20 jours,
15% ont 10 jours ou moins.

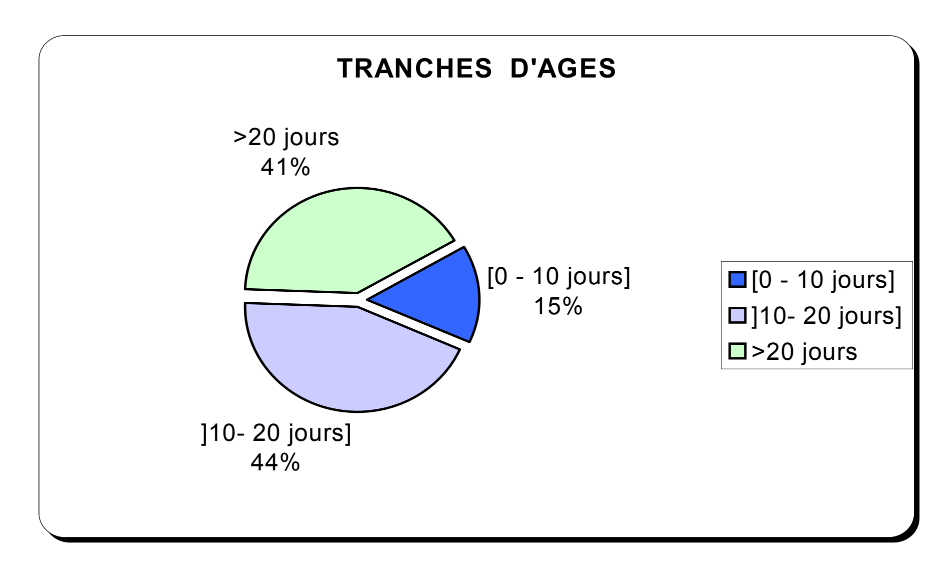


Fig. 2 : Répartition par tranches d'âges

On trouve une moyenne d'âge de 18,3 jours avec intervalle de 4 à 46 jours de vie.
85% des nouveau-nés amenés en consultation ont plus de 10 jours de vie.

1.3. Type d'allaitement :

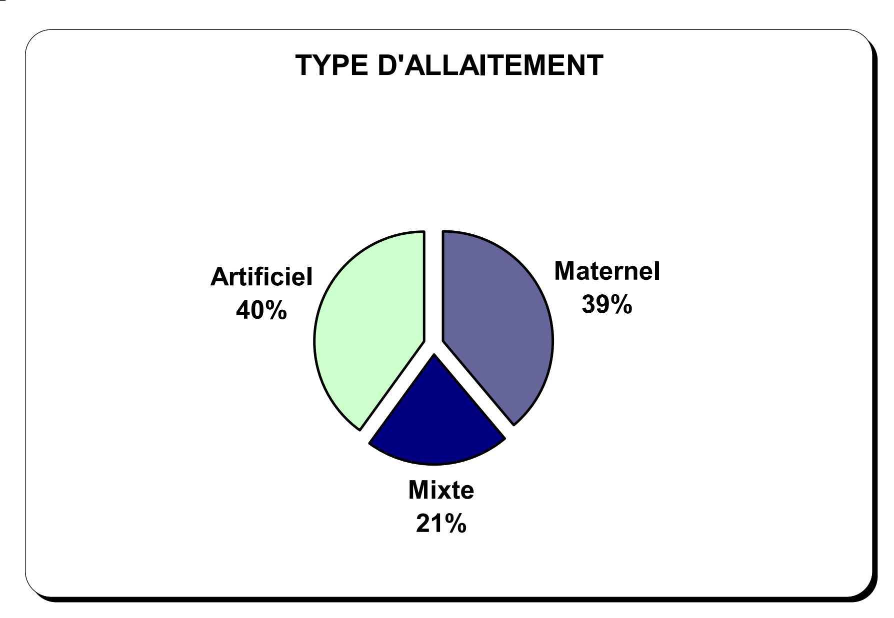


Fig. 3 : Répartition des différents types d'allaitement.

La répartition des types d'allaitement est harmonieuse avec pratiquement autant d'enfants en allaitement maternel exclusif que d'enfants en allaitement artificiel exclusif.

1.4. Antécédents périnataux :

On a pu relever les antécédents périnataux suivants :

- **7 dossiers avec un séjour en néonatologie : 3,5 % des dossiers.**
  (De 2 à 23 jours d'hospitalisation en néonatologie)

    - 2 pour prématurité (sans précision) l'un né à 33 SA +5j et l'autre né à 34SA+3j
    - 1 pour grossesse gémellaire né à 34 SA.
    - 2 pour infections materno-fœtales, l'un né à 33SA+5j, l'autre né à 39SA+1j.
    - 1 pour hémorragie rétro placentaire né à 35SA+1j
    - 1 pour anomalie du rythme cardiaque fœtal né à 34SA+5j

  Les motifs de consultations sont :

    - 1 pour fièvre : hospitalisation
    - 1 pour malaise : hospitalisation
    - 1 pour douleur abdominale : retour domicile
    - 4 pour reflux / régurgitations : retour domicile

Sur les 193 autres dossiers, sans passage en néonatologie, on retiendra :

- **152 dossiers d'accouchements eutociques sans aucun point marquant** : **76%**
  Ce qui représente 76% de l'ensemble des dossiers

- **5 dossiers d'accouchements eutociques avec « complications modérées » : 2,5 %**
    - 2 pour ictères
    - 1 pour fracture claviculaire
    - 1 pour forceps
    - 1 pour liquide teinté avec bilan à posteriori négatif.

- **23 dossiers de césariennes programmées : 11,5%**
    - 7 pour bassin étroit
    - 5 pour présentation du siége

- 4 pour col utérin court
- 1 pour thrombopénie maternelle
- 1 pour HIV positif
- 5 non précisés

- **13 dossiers de césariennes en urgence : 6,5 %**
  - 5 pour stagnation du travail
  - 3 pour trouble du rythme cardiaque fœtal
  - 2 pour liquide amniotique teinté
  - 2 pour circulaire du cordon
  - 1 pour placenta praevia

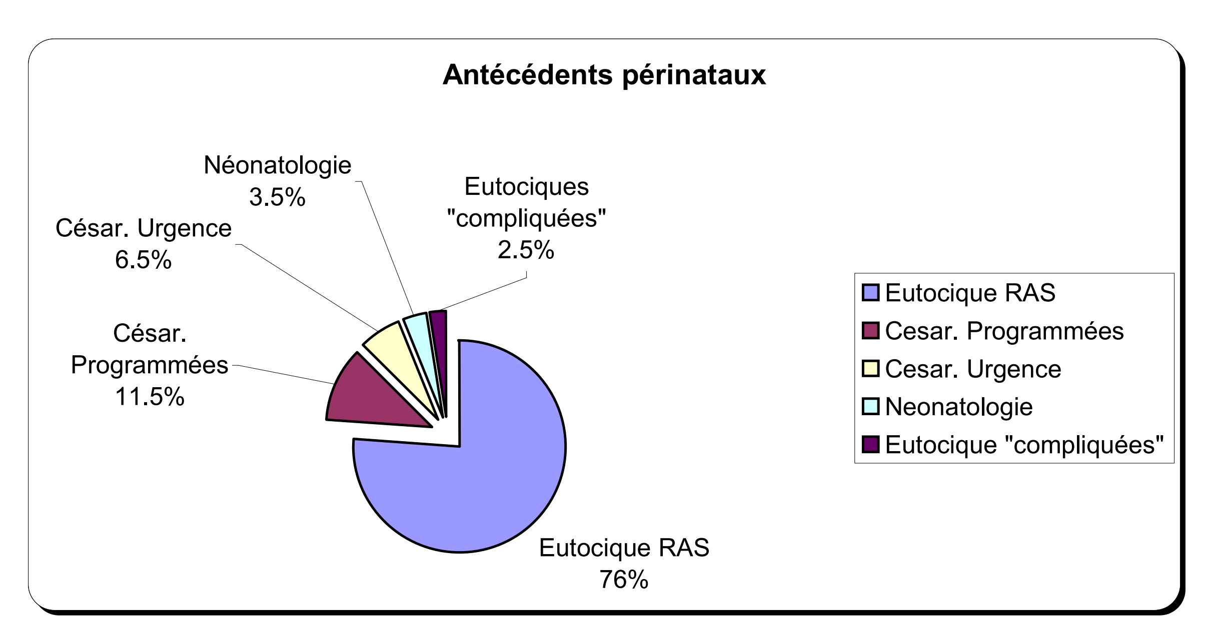


Fig. 4 : Antécédents périnataux.

76 % des nouveau-nés sont nés par un accouchement eutocique non compliqué.

95% sont nés à terme (entre 38 et 42 semaines d’aménorrhées), 3% avant terme, 2% en post terme.

2. DONNÉES CONCERNANT L'ACCOUCHEMENT ET LE POST-PARTUM :

2.1. Lieu d'accouchement :

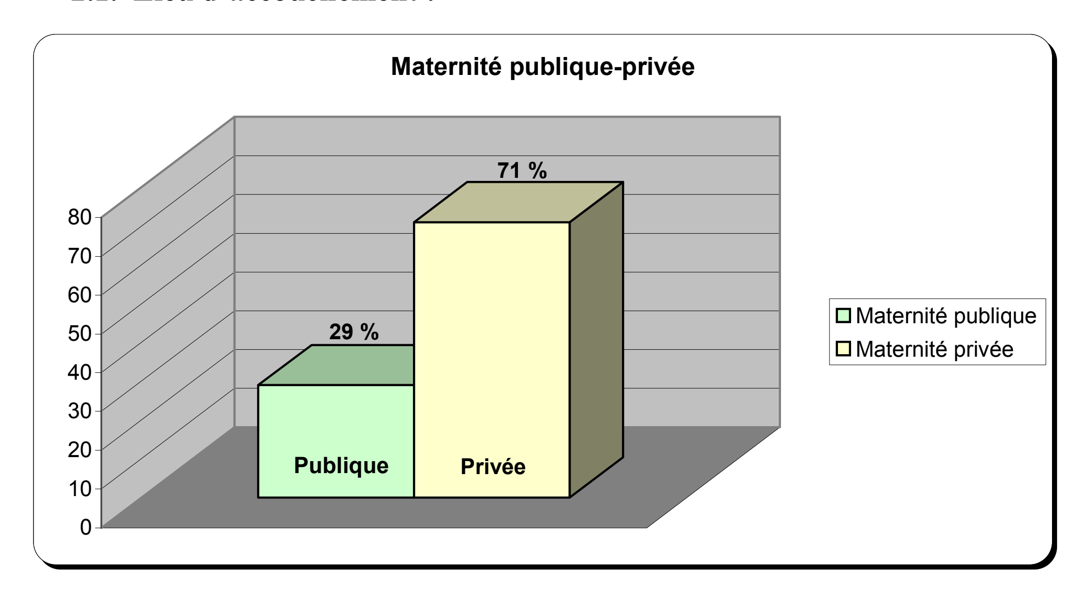


Fig. 5 : Répartition maternité publique et privée.

La grande majorité des enfants consultant aux urgences sont nés dans une maternité privée. Cela s'explique en grande partie par l'offre de places moins élevée dans les maternités publiques par rapport aux privées, dans le secteur. C'est un biais à prendre en compte.

2.2. Mode d'accouchement :

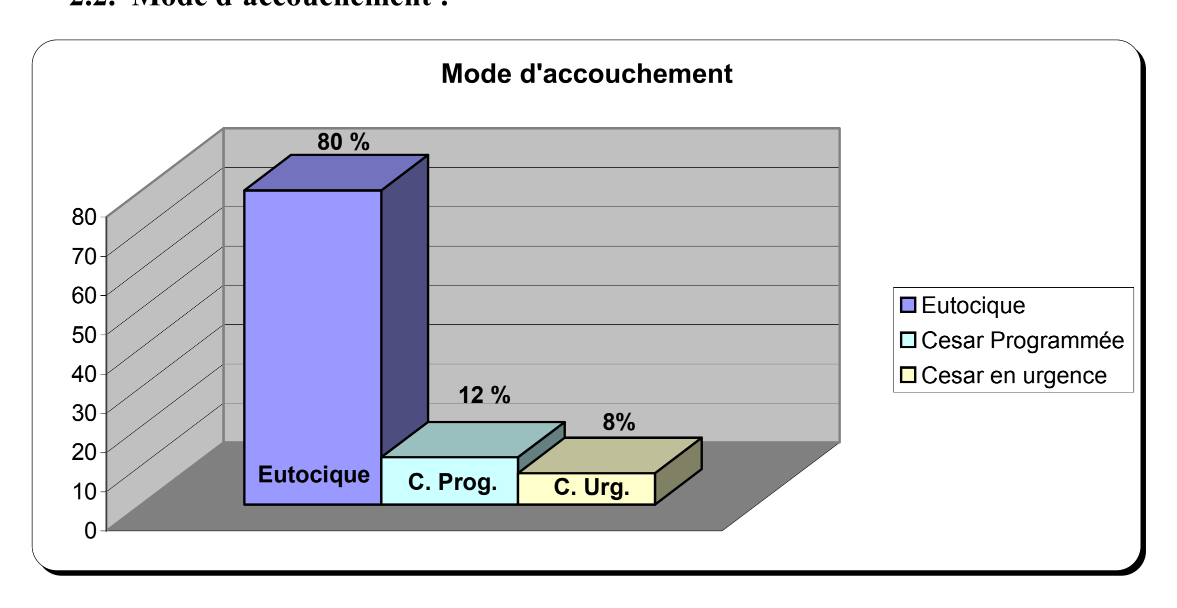


Fig. 6 : Mode d'accouchement.

Parmi l'ensemble des bébés amenés en consultations, 80% sont venus au monde de façon eutocique. 12% par césarienne programmée et 8% par une césarienne en urgence.

2.3. Durée du séjour en maternité :

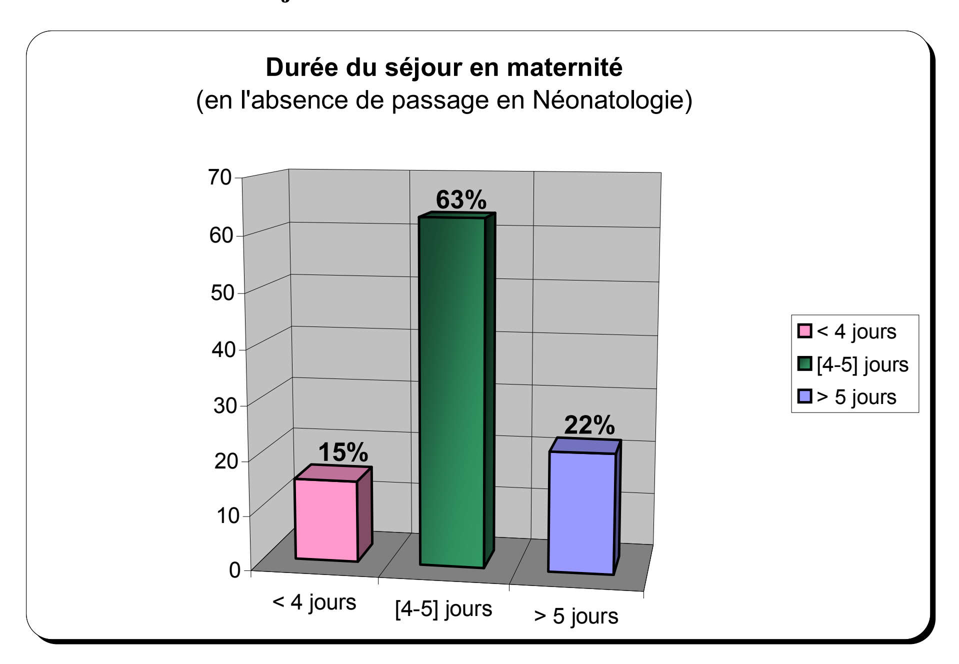


Fig. 7 : Durée du séjour en maternité.

Exclusion faite des dossiers avec un séjour en néonatologie, 63% des mamans ont séjourné entre 4 et 5 jours en maternité, 15% moins de 4 jours et 22% plus de 5 jours.

La durée moyenne du séjour en maternité, en l'absence de passage en néonatologie est de **4,57 jours** ; avec une fourchette allant de 1 à 11 jours.

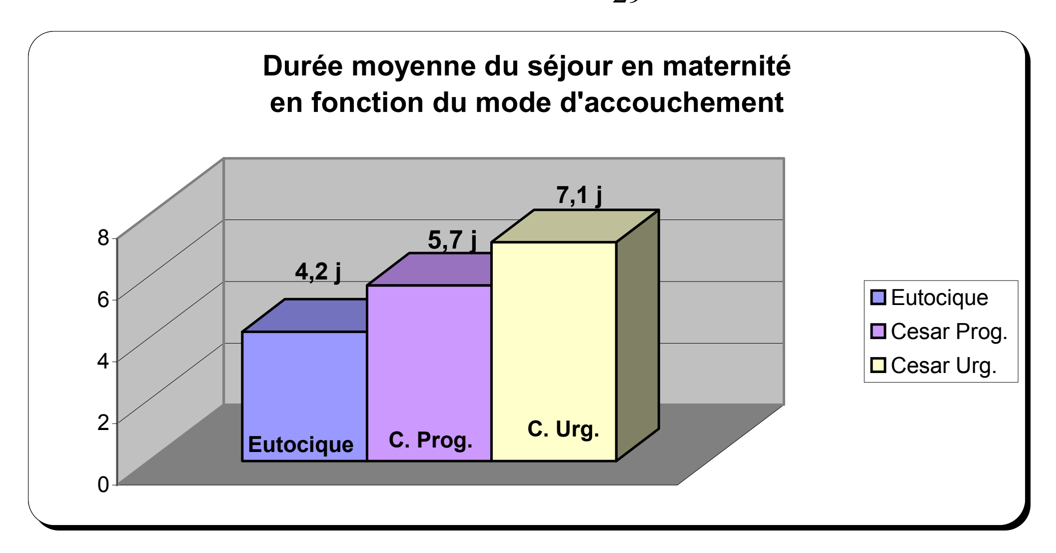


Fig. 8 : Durée moyenne du séjour en maternité selon le mode d'accouchement.

On relève une durée moyenne de séjour en maternité d'autant plus courte que l'accouchement s'est déroulé de façon eutocique, plutôt qu'une césarienne en urgence.

2.4. Le cas des sorties précoces :

On considère comme précoce, une sortie effectuée

- avant le 3éme jour en cas d'accouchement par voie basse
- avant le 5éme jour en cas de césarienne.

Cela représente 36 dossiers soit **18% des consultants**.

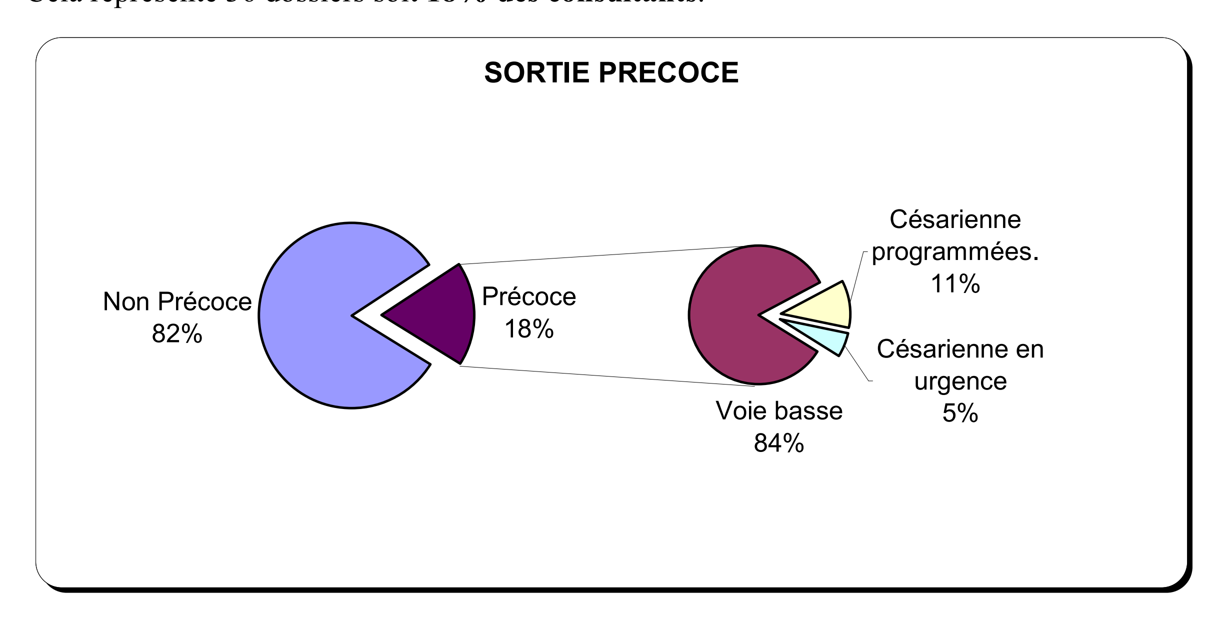


Fig. 9 : Répartition des sorties précoces selon le mode d'accouchement.

84% des sorties précoces font suite à un accouchement par voie basse (30 dossiers) :

- Sortie à J1 : 2 dossiers
- Sortie à J2 : 28 dossiers.

On note aussi 6 dossiers de sortie précoce après césarienne soit 16% des sorties précoces :

- Sortie à J4 : 4 césariennes programmées et 2 césariennes en urgence (pour stagnation du travail).

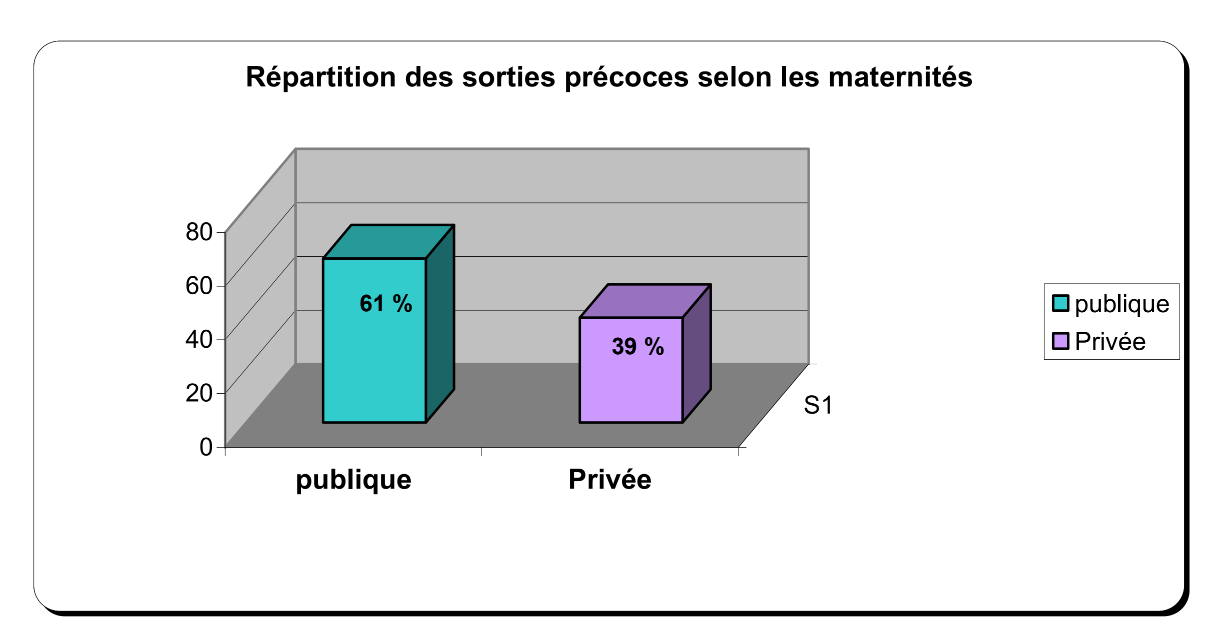


Fig. 10: Répartition des sorties précoces selon les maternités

61% des sorties précoces ont lieu dans une maternité publique contre 39% dans les maternités privées.

3. DONNÉES CONCERNANT LA CONSULTATION AUX URGENCES :

3.1. Pourquoi les urgences pédiatriques ?

- 79% (158 dossiers) consultent directement sans aucun avis préalable le jour même, sur la seule décision des parents.
- Seul 21 % (42 dossiers) ont consulté un médecin de ville : pédiatre (11%), médecin généraliste (83%), ou bien auprès de la PMI (6%) le jour même. Parmi eux, 86% (36 dossiers) ont été orientés délibérément vers l'hôpital pour avis et prise en charge. 14% (6 dossiers) sont venus malgré tout consulter aux urgences pédiatriques, expliquant ce recours par leur « grande inquiétude »

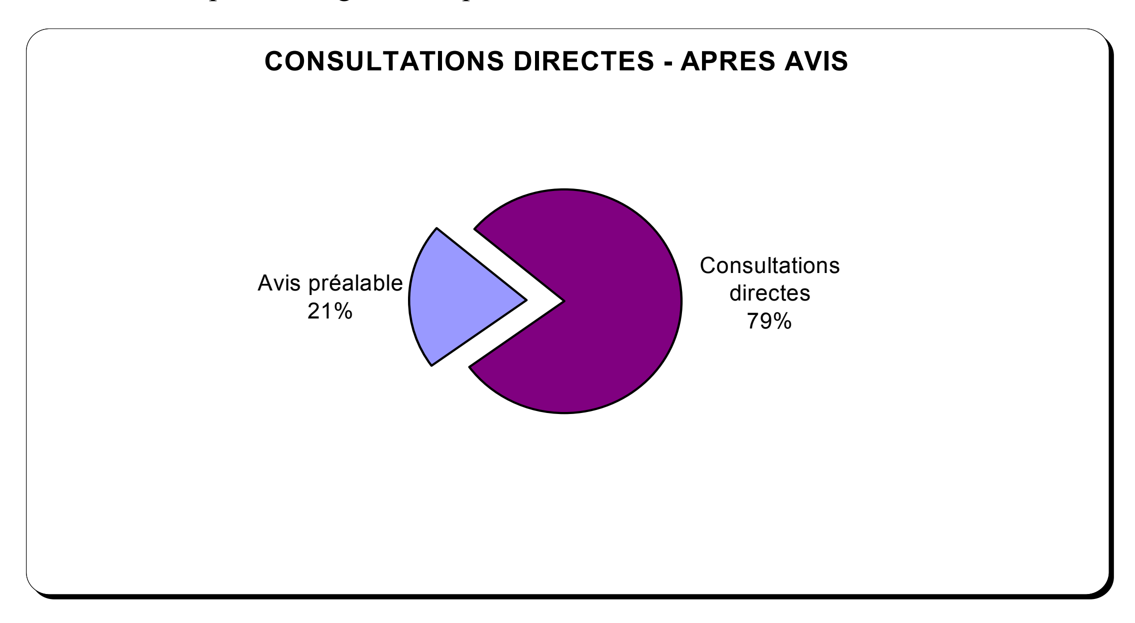


Fig. 11 : Pourcentage de consultations « directes » versus « après avis »

- Les consultants venant directement justifient le recours spontané aux urgences de la manière suivante : (plusieurs items pouvaient être cochés)
  - Grande inquiétude : 65 %
  - Proximité : 25 %
  - Heure tardive : 15 %
  - Pas de rendez vous en ville : 40 %
  - Autres : 2 dossiers car « c'est un ancien prématuré »

    1 dossier car « je n'ai pas confiance en mon médecin traitant »

- 35 % des consultants de notre étude n'ont pas coché la case « Grande inquiétude ».
- Un chiffre interpelle : 40 % disent ne pas avoir réussi à obtenir un rendez vous en ville.
- 75% de cela même, n'ont pas coché la case « Grande inquiétude ».

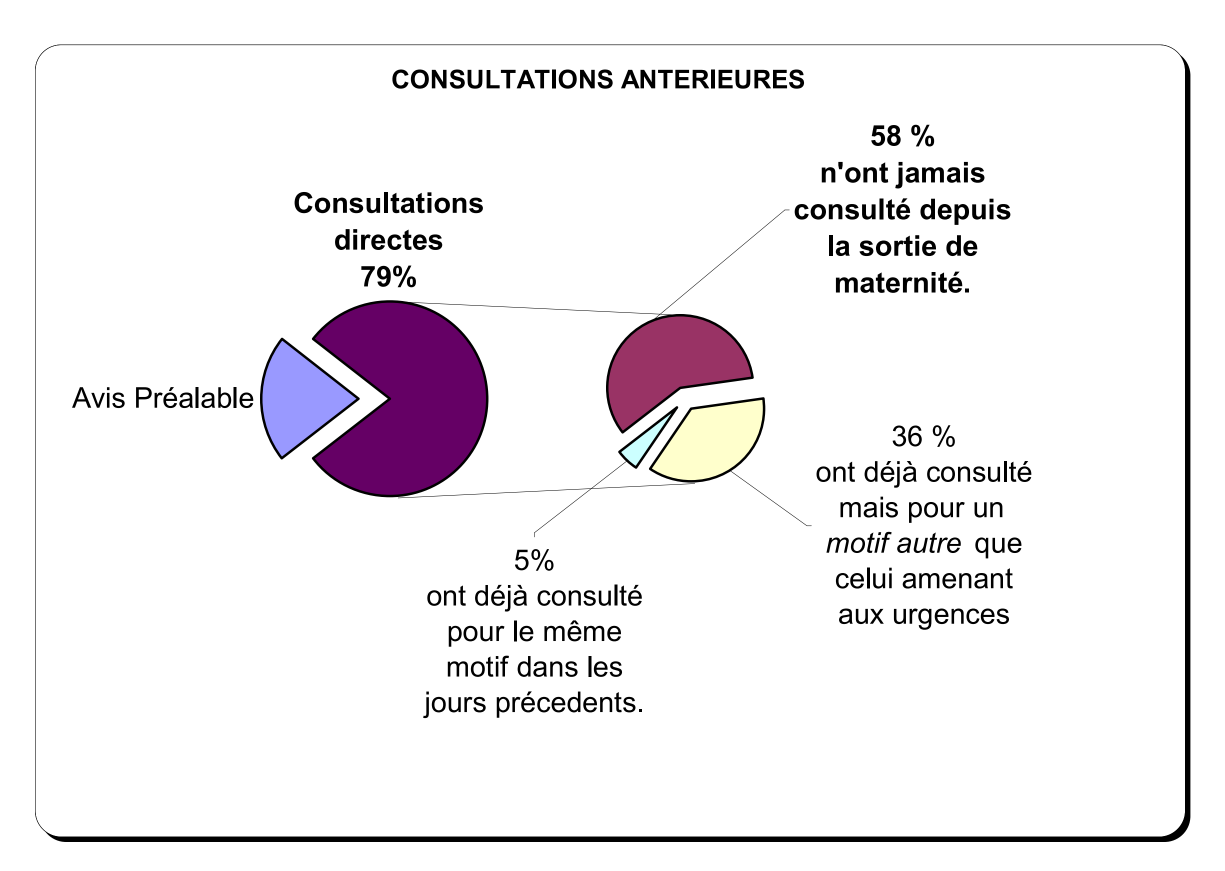


Fig. 12 : Consultations antérieures chez les consultants directs.

- Sur les 158 dossiers de consultations directes : 66 (36%) avaient déjà consulté un médecin ou la PMI depuis la sortie de maternité, mais seulement 9 (5%) pour un motif identique à celui les amenant aux urgences ce jour.
- 92 dossiers n'avaient jamais consulté auparavant, c'est à dire 58%, alors même qu'ils étaient sortis depuis en moyenne 11 jours (fourchette de 1 à 24 jours)

3.2. Mode d'arrivée aux urgences pédiatriques (avec ou sans avis préalable) **:**

- 90% par leurs propres moyens
- 9% en ambulances
- 1 % amenés par les pompiers

3.3 Répartition journalière des consultations :

L'affluence semble légèrement plus élevée le week-end sans qu'il n'ait été possible d'objectiver une différence statistiquement significative « jours de semaine versus week-ends. »

Elle fluctue entre 12 à 17 % pour les jours de semaine et de 13 à 16% pour les samedis et dimanches.

De même, il y a sensiblement autant de consultations en journée, (103 dossiers) que lors de la garde de nuit (97 dossiers).

3.4. Motifs de consultation aux urgences pédiatriques :

Il s'agit du motif ayant amené à consulter aux urgences pédiatriques et non du diagnostic final retenu après examen de l'enfant.

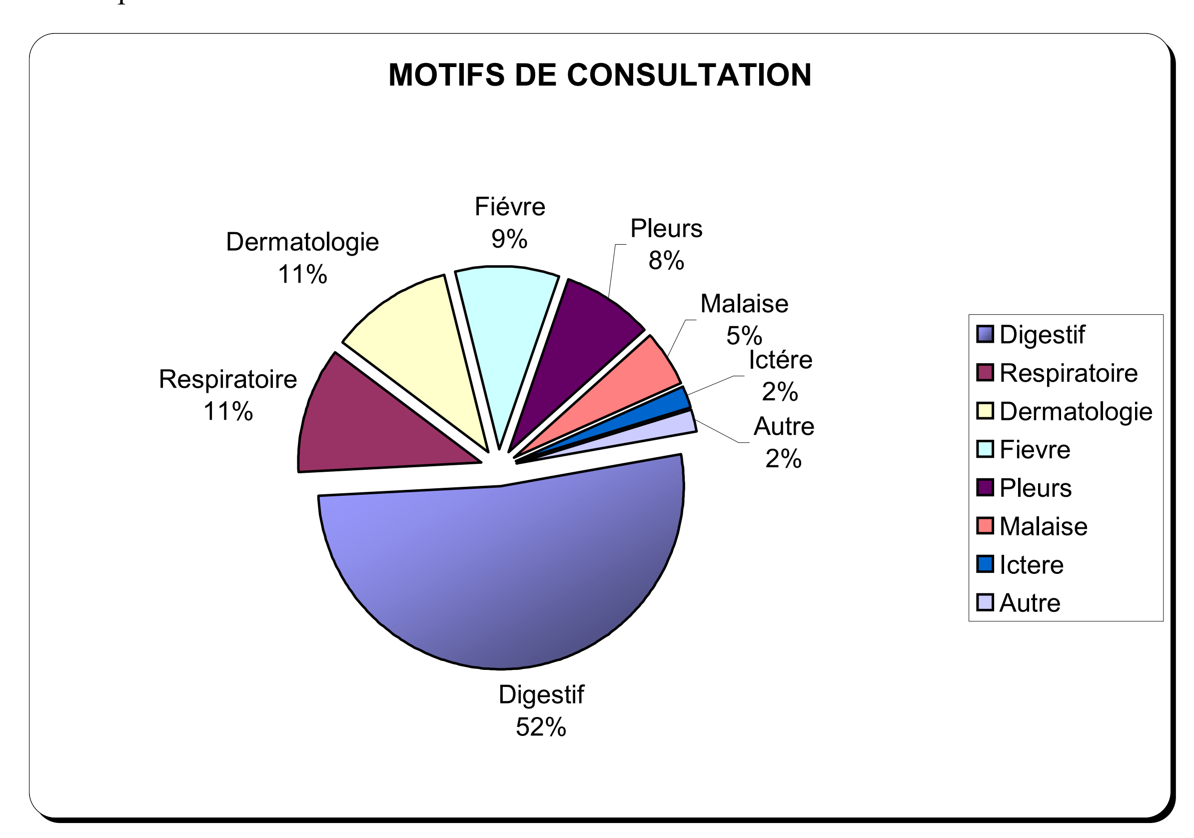


Fig. 13 : Motifs de consultation.

On remarque immédiatement qu'une catégorie représente à elle seule un peu plus de la moitié des consultations : les motifs en relation avec la sphère digestive (52%), viennent ensuite les motifs respiratoires et dermatologiques.

Le sous groupe « Autres » qui représente 2% des dossiers est composé de :
- 1% Sang au niveau de la vulve
- 1% Torsion de testicule.

3.5 Détail des différentes catégories :

3.5.1. Motifs digestifs :

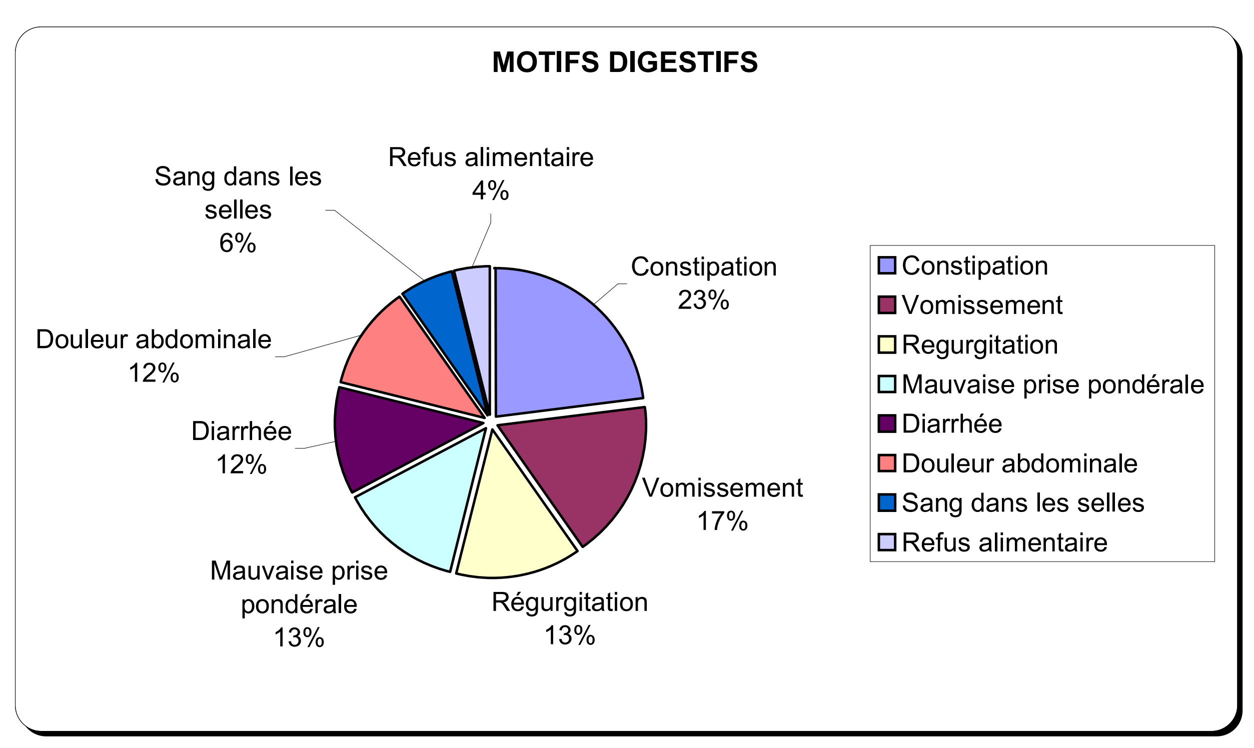


Fig. 14 : Motifs digestifs

On rappelle qu'il s'agit, du motif ressenti par les parents et ayant amené à consulter aux urgences pédiatriques et non du diagnostic final retenu par le médecin après examen de l'enfant.

Parmi ces motifs digestifs, la constipation en représente presque le quart (23%), suivi des vomissements (17%) et des régurgitations (13%).
Viennent ensuite la mauvaise prise pondérale (13%), la diarrhée (12%), les douleurs abdominales (12%), la présence de sang dans les selles (6%) et enfin le refus alimentaire (4%).

Il n'existe pas, par ailleurs, de différence significative dans la répartition du type d'allaitement dans le sous groupe des motifs digestifs. En d'autres termes, que l'alimentation soit par allaitement maternel ou par lait artificiel, la proportion et la répartition des motifs digestifs est sensiblement la même.

3.5.2. Motifs respiratoires :

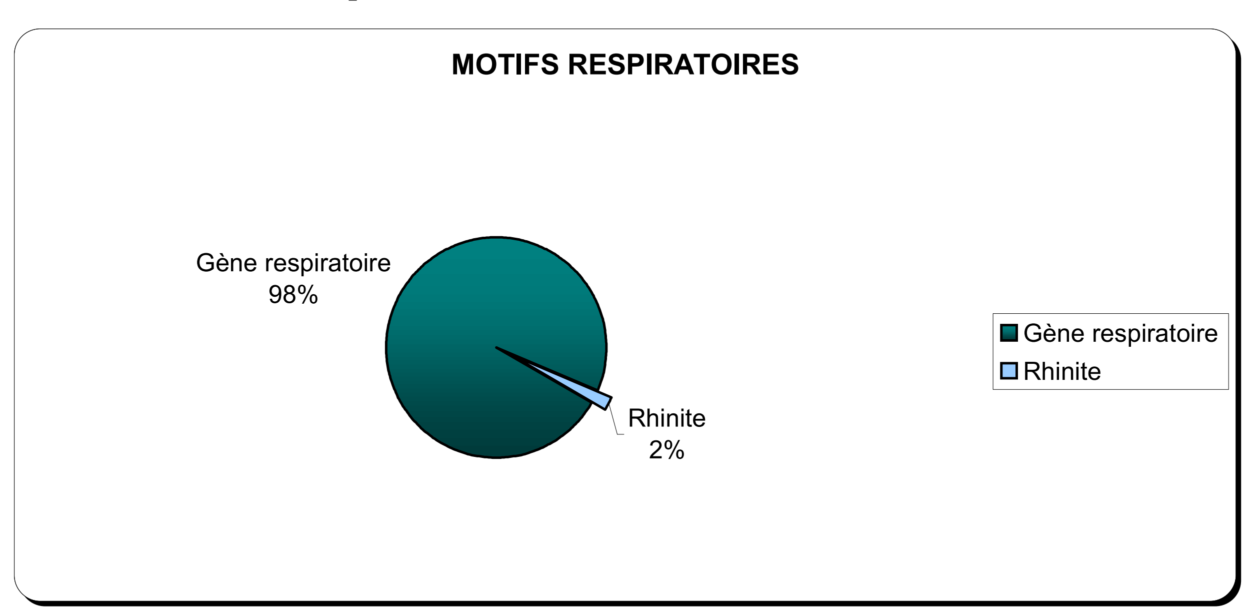


Fig. 15 : Motifs respiratoires

Le motif de consultation est en quasi exclusivité lié à ce qui est ressenti par les parents comme une « gène respiratoire ». Parmi ces motifs, se trouvent en réalité au final un grand nombre de rhinites.
Il y a tout de même 2% qui consultent aux urgences avec comme motif initial « rhinite ».

3.5.3 Motifs dermatologiques :

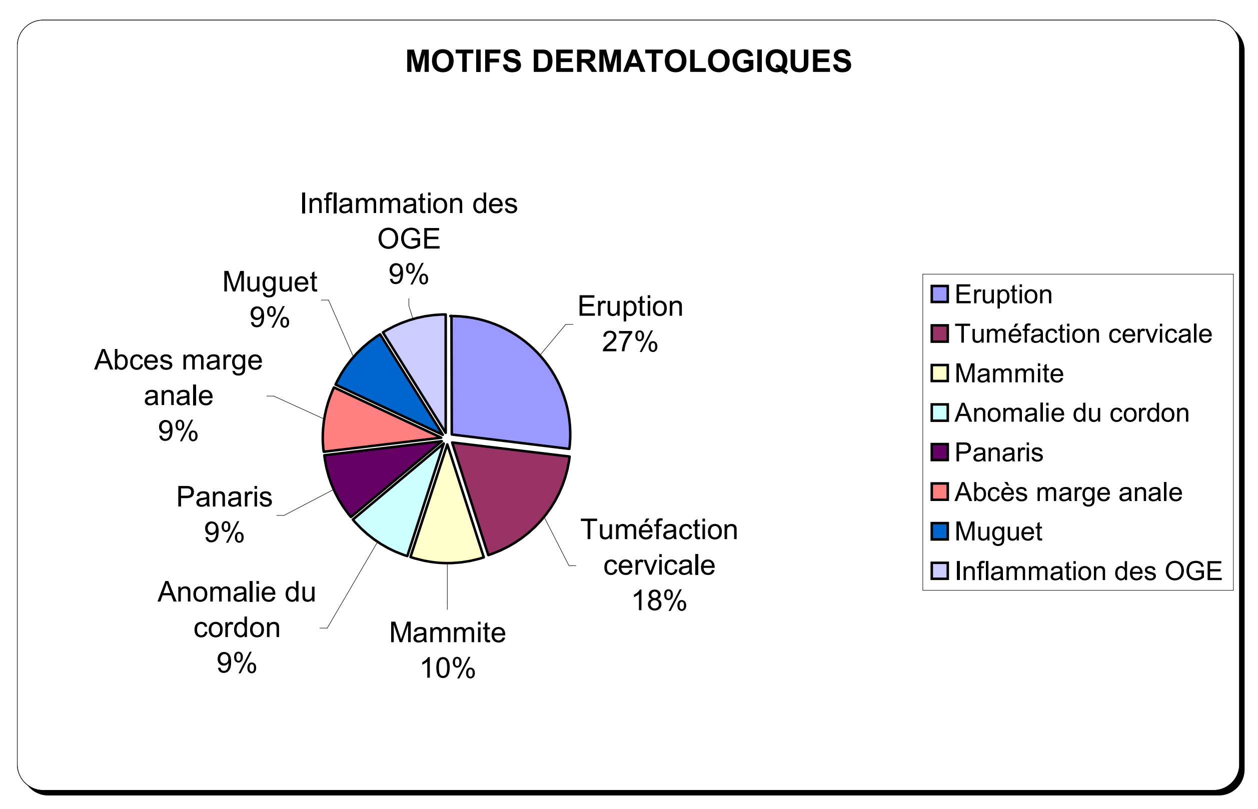


Fig. 16 : Motifs dermatologiques

Les éruptions cutanées sont le plus fréquent (27%) des motifs dermatologiques invoqués, suivi des tuméfactions cervicales (18%) et des mammites (10%).
Viennent ensuite, à part égale (9%), les demandes concernant le cordon, les panaris, les abcès de la marge anale, le muguet et l'inflammation des organes génitaux externes.

L'ictère n'a pas été rangé parmi les motifs dermatologiques dans notre étude, mais on rappelle ici, qu'il a représenté 2% des motifs exprimés par les parents de demande de consultation.

4. DEVENIR APRÈS LA CONSULTATION AUX URGENCES :

4.1. Tous modes d'arrivée aux urgences confondus :

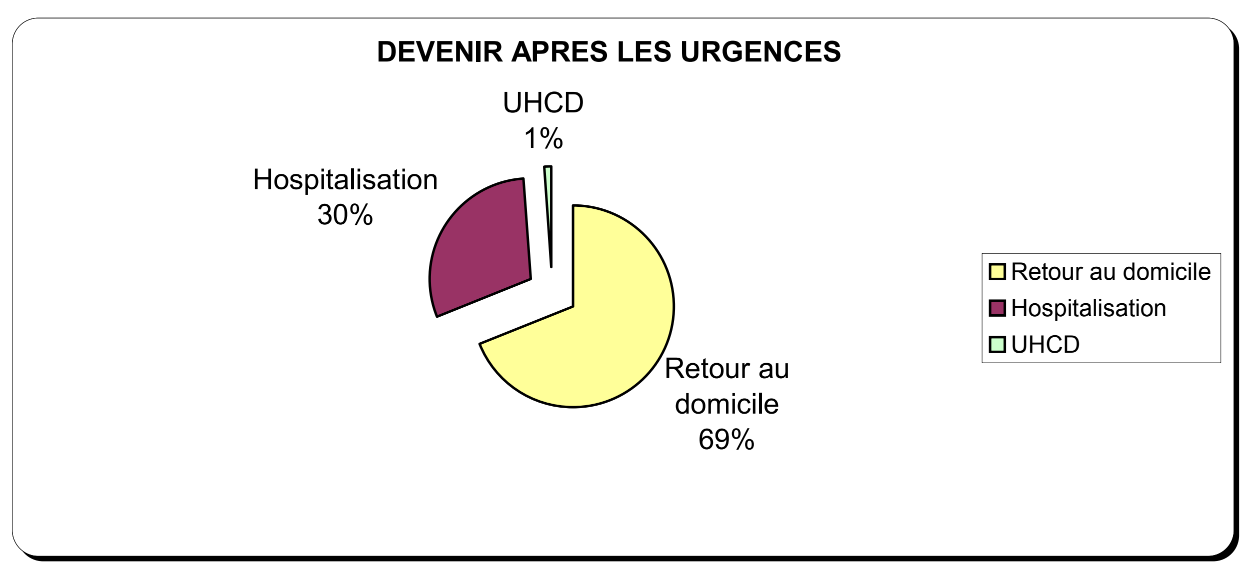


Fig. 17 : Devenir après les urgences.

Près de 70% des consultations aboutissent à un retour au domicile du nouveau-né.
31 % des nouveau-nés seront finalement hospitalisés.
Ce chiffre est bien plus élevé que celui des hospitalisations pour l'ensemble des enfants de tout âge amené aux urgences pédiatriques de l'hôpital Saint Camille et qui est de 12 % toutes urgences confondues (urgences médicales et chirurgicales) ou de 15% pour les seules urgences médicales.

Il n'existe pas de différence significative dans la répartition « hospitalisation versus retour au domicile » selon l'âge des enfants.

4.2. Devenir des consultations directes :

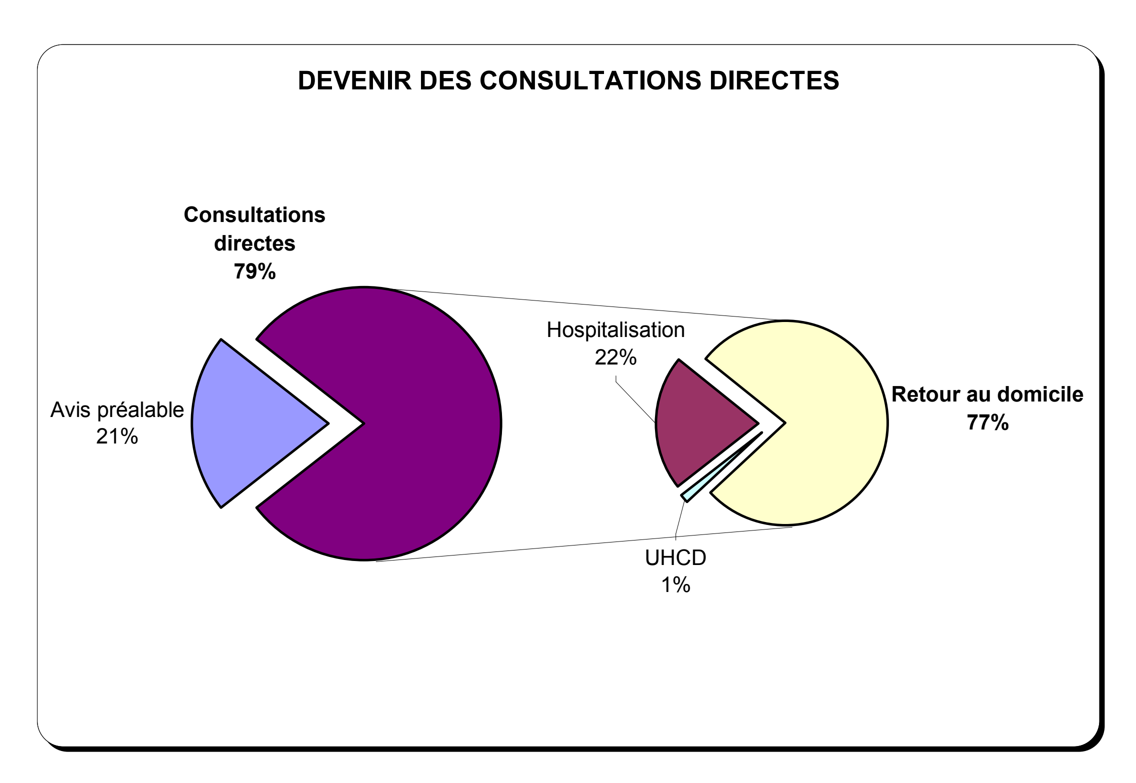


Fig. 18 : Devenir des consultants directs.

Parmi les consultants directs, 23 % des nouveau-nés seront hospitalisés, dont 1% en UHCD. 77% des dossiers aboutissant quant à eux à un retour au domicile.

73% des retours à domicile sont fait après uniquement un examen clinique sans aucune prescription d'examens complémentaires à l'hôpital.

68% des retours à domicile sont accompagnés uniquement de conseils et d'information, sans aucune prescription médicale.

4.3. Devenir des consultations après avis :

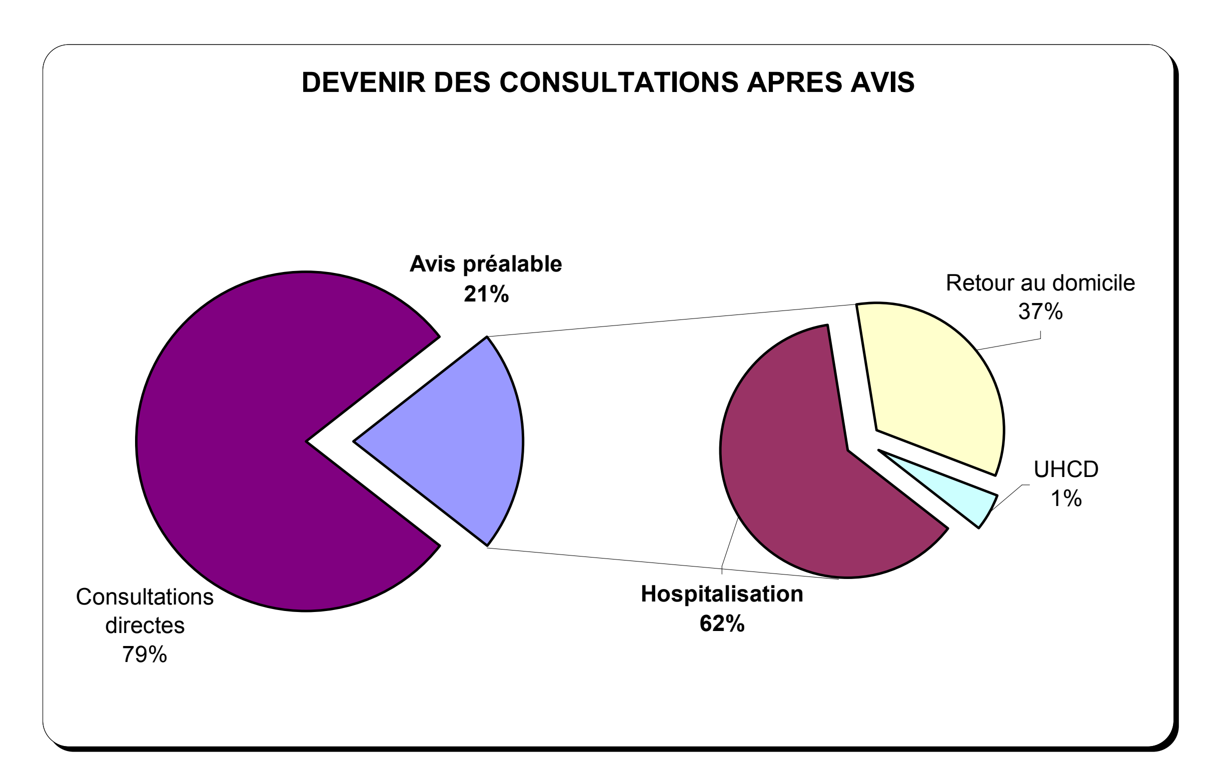


Fig. 19 : Devenir des consultants après avis.

Parmi les consultants après un avis en ville, 63% seront hospitalisés, dont 1% en UHCD.
37% des consultations aboutissent par un retour au domicile.

72 % des retours à domicile sont fait après un examen clinique et la prescription d'au moins un examen complémentaire à l'hôpital (ECBU, Prise de sang, Recherche VRS, Radiographie…)

4.4. Détail des motifs d'hospitalisation :

30% de l'ensemble des consultations donnent lieu à une hospitalisation.

- Mauvaise prise pondérale : 8 dossiers
- Diarrhée à Rota virus : 8 dossiers
- Suspicion Oesophagite : 4 dossiers

- Sténose du pylore : 4 dossiers
- Refus alimentaire : 2 dossiers

- Fièvre sans précision : 10 dossiers
- Pyélonéphrite : 2 dossiers

- Bronchiolite : 8 dossiers
- Géne respiratoire sans précision : 4 dossiers

- Malaise sur probable reflux gastro-oesophagien (RGO) : 4 dossiers

- Torsion de testicule : 2 dossiers

- Mal rotation digestive congénitale: 1 dossier

- Abcès de la marge anale : 1 dossier

- Varicelle : 1 dossier

- Tuméfaction cervicale : 1 dossier

On s'aperçoit que les motifs digestifs dominent largement les causes d'hospitalisation, suivi des motifs infectieux et respiratoires.

4.5. Répartition des motifs de puériculture :

Si 30 % des consultations révèlent une véritable urgence, ou du moins une situation nécessitant le recours au plateau technique hospitalier, qu'en est-il des 70 % restant ?

Ils sont dominés par des motifs de puériculture ne relevant pas des urgences pédiatriques. En tête desquels, on retrouve à nouveau les motifs digestifs, suivi de la rhinite.

On note 2 dossiers de nouveau-nés, surveillés en UHCD pour GEA.

Ainsi que 8 dossiers de bronchiolites qui ne nécessiteront cependant pas d'hospitalisation.

Les 130 autres dossiers ne sont que des motifs purs de puériculture :

- Coliques : 43 dossiers
- Reflux gastro-oesophagien non compliqué de malaise : 15 dossiers
- Régurgitation : 9 dossiers
- Constipation au lait maternel : 7 dossiers
- Constipation sans précision : 6 dossiers
- Suspicion d'allergie aux protéines de lait de vache : 5 dossiers
- Rhinite avec absence du virus respiratoire syncytial (VRS) : 22 dossiers
- Suffocation sur reflux : 2
- Acné du nouveau né : 5
- Muguet : 2
- Soins du cordon ombilical : 2
- Infection bénigne du prépuce : 1
- Panaris : 1
- Mammite : 2
- Crise génitale : 2
- Ictère au lait maternel : 3
- Bosse séro-sanguine : 3

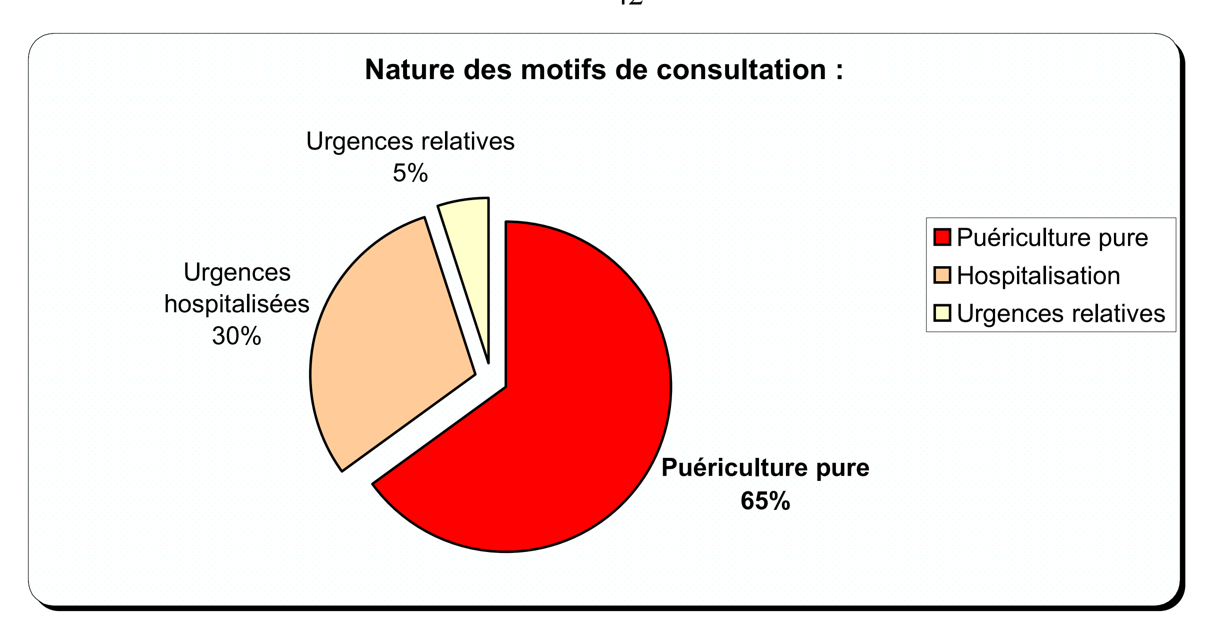


Fig. 20 : Nature des motifs de consultation.

5. DONNÉES SUR LE VÉCU DU SÉJOUR EN MATERNITÉ :

5.1. La durée du séjour en maternité :

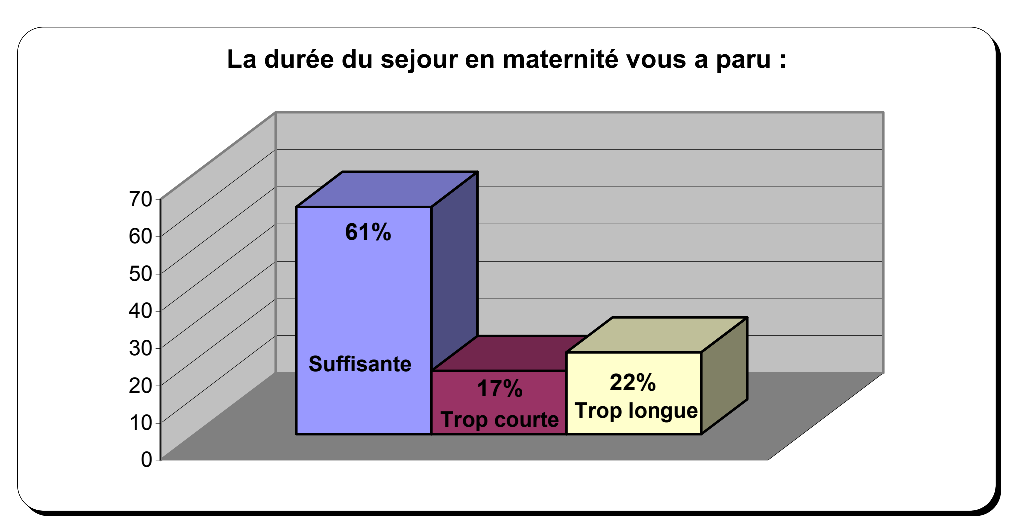


Fig. 21 : Vécu de la durée du séjour en maternité.

61% des mères ont trouvé la durée du séjour en maternité suffisante. 22% l'ont même trouvé trop longue. Seule 17% des mères l'ont trouvé trop courte.

5.2. Informations reçues durant le séjour en maternité :

Réponses aux questions du questionnaire :

- *« Durant votre séjour en maternité, avez vous reçu des informations sur » :*

  - L'allaitement ? 26% oui
  - La préparation d'un biberon ? 29 % oui
  - Que faire en cas de colique ? 10 % oui
  - Que faire en cas de diarrhée ? 5% oui
  - Que faire en cas de vomissement ? 3% oui
  - Que faire en cas de fièvre ? 13 % oui
  - Les soins au niveau du cordon ? 98 % oui
  - La crise génitale ? 7 % oui
  - La PMI ? 29% oui
  -

Pour 8 dossiers (4%), les mères avouent avoir été gêné dans leur apprentissage du fait d'une mauvaise compréhension de la langue française.

« Les soins du cordon ombilical » représentent l'information la plus diffusée pendant le séjour en maternité, d'après les mamans. Moins de 30% d'entre elles, disent avoir été informées sur la préparation du biberon ou l'allaitement !

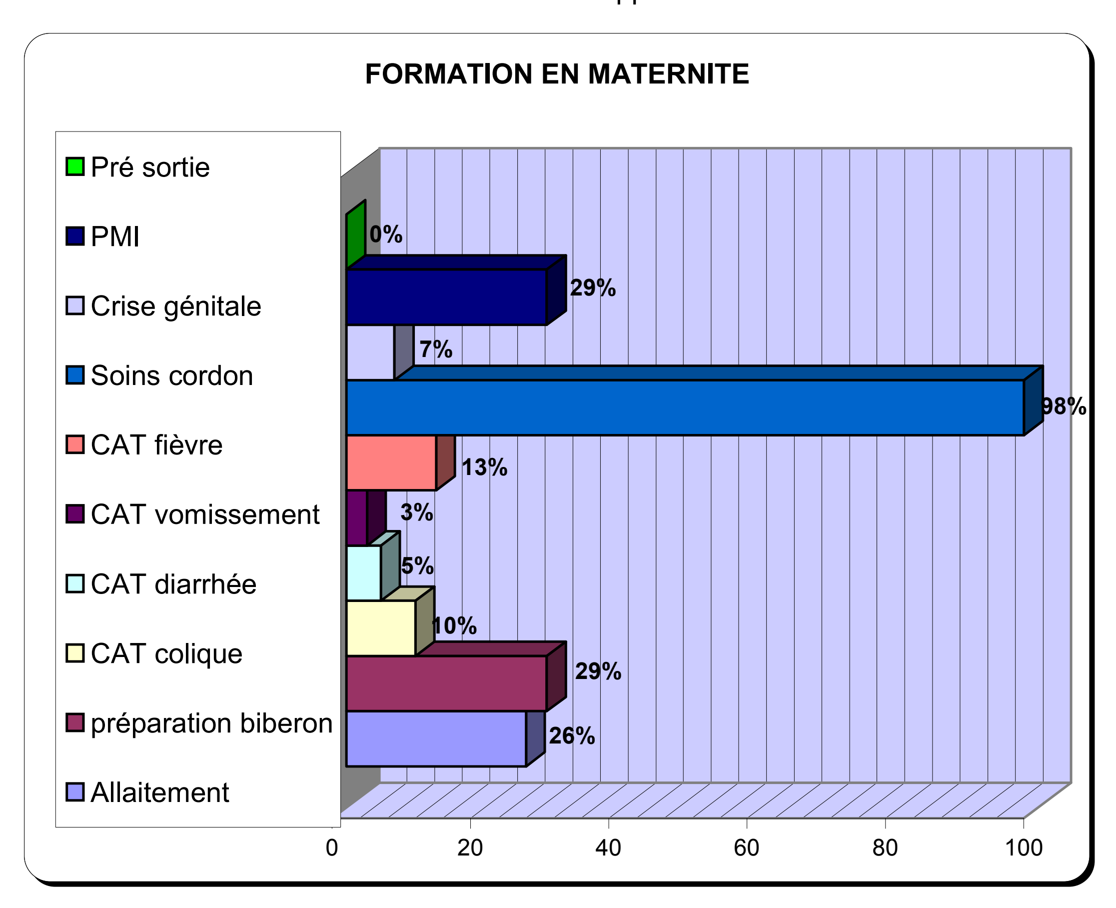


Fig. 22 : Formation en maternité.

- *« Cette formation vous a paru » :*

  (Plusieurs items pouvaient être cochés)

77% des mères ont trouvé la formation en maternité insuffisante, 52% incomplète, 35% trop rapide.

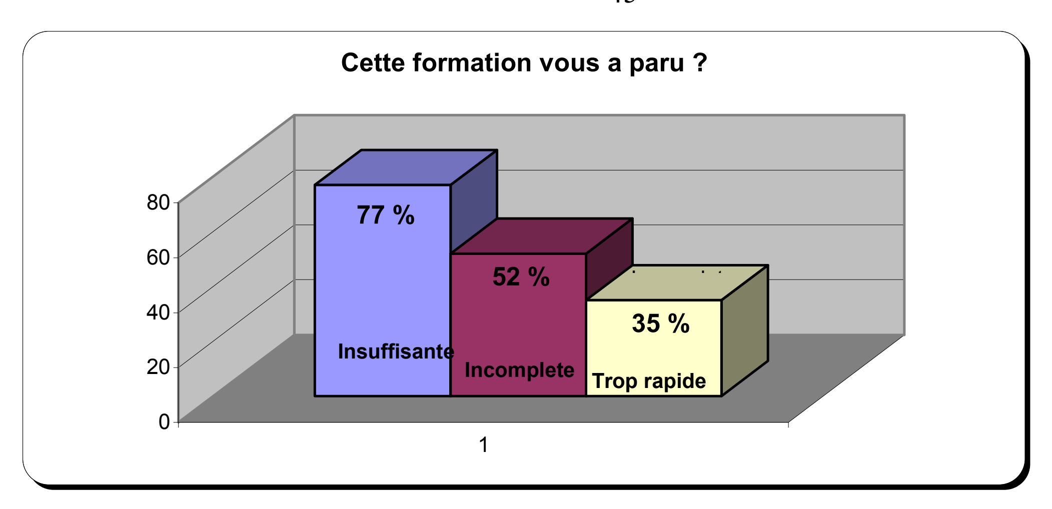


Fig. 23 : Point de vue des mères sur la qualité de la formation en maternité.

5.3. Autres éléments du questionnaire :

- « Avez vous rencontré une puéricultrice depuis votre sortie ? » 20 % oui
- « Savez vous où se trouve la PMI ? » 80 % oui
- « Avez-vous un médecin traitant ? » 75% oui
- « Connaissez-vous un pédiatre en ville ? » 54% oui

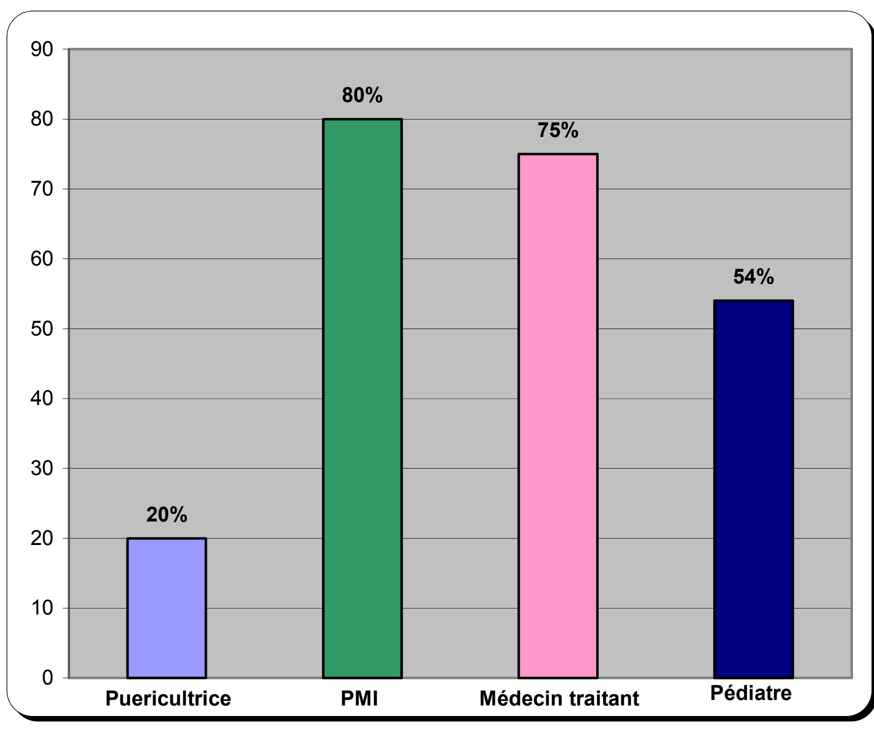


Fig. 24 : Encadrement après la sortie de maternité.

6. DONNÉES SUR LA FAMILLE :

6.1. Informations concernant les mères :

- **Moyenne d'âge de la mère : 28 ans**
  (Fourchette allant de 18 à 42 ans)

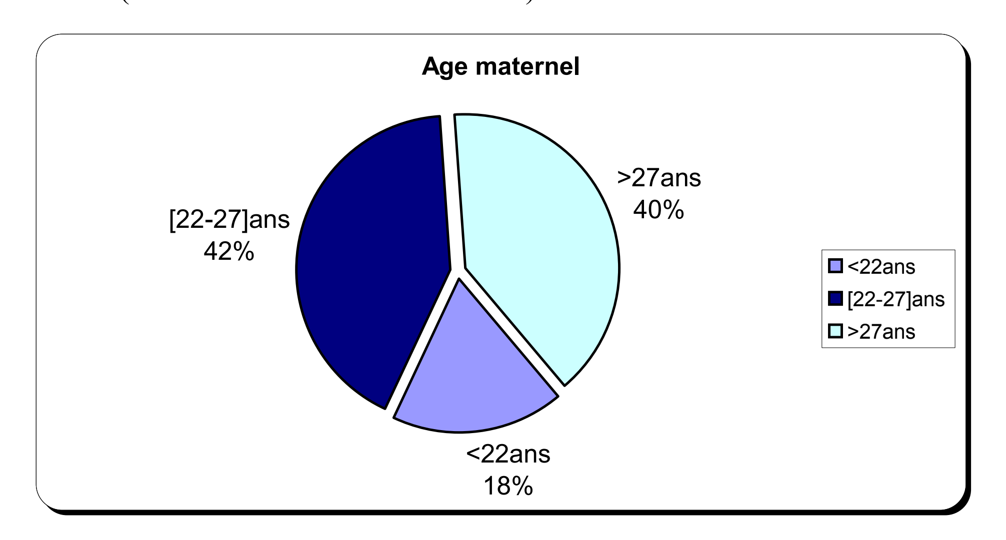


Fig. 25: Répartition par tranche d'âge des mères

- Mère sans profession : 41 %
- Parmi celles qui travaillent : 32 % sont en congé parental.
- **Couverture sociale des mères :**

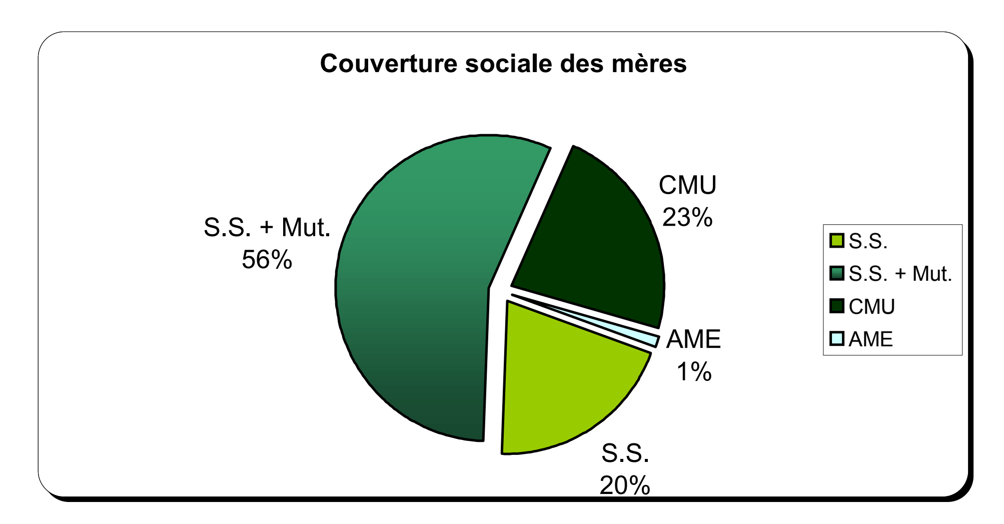


Fig. 26 : Couverture sociale des mères.

- **Origine géographique des mères :**

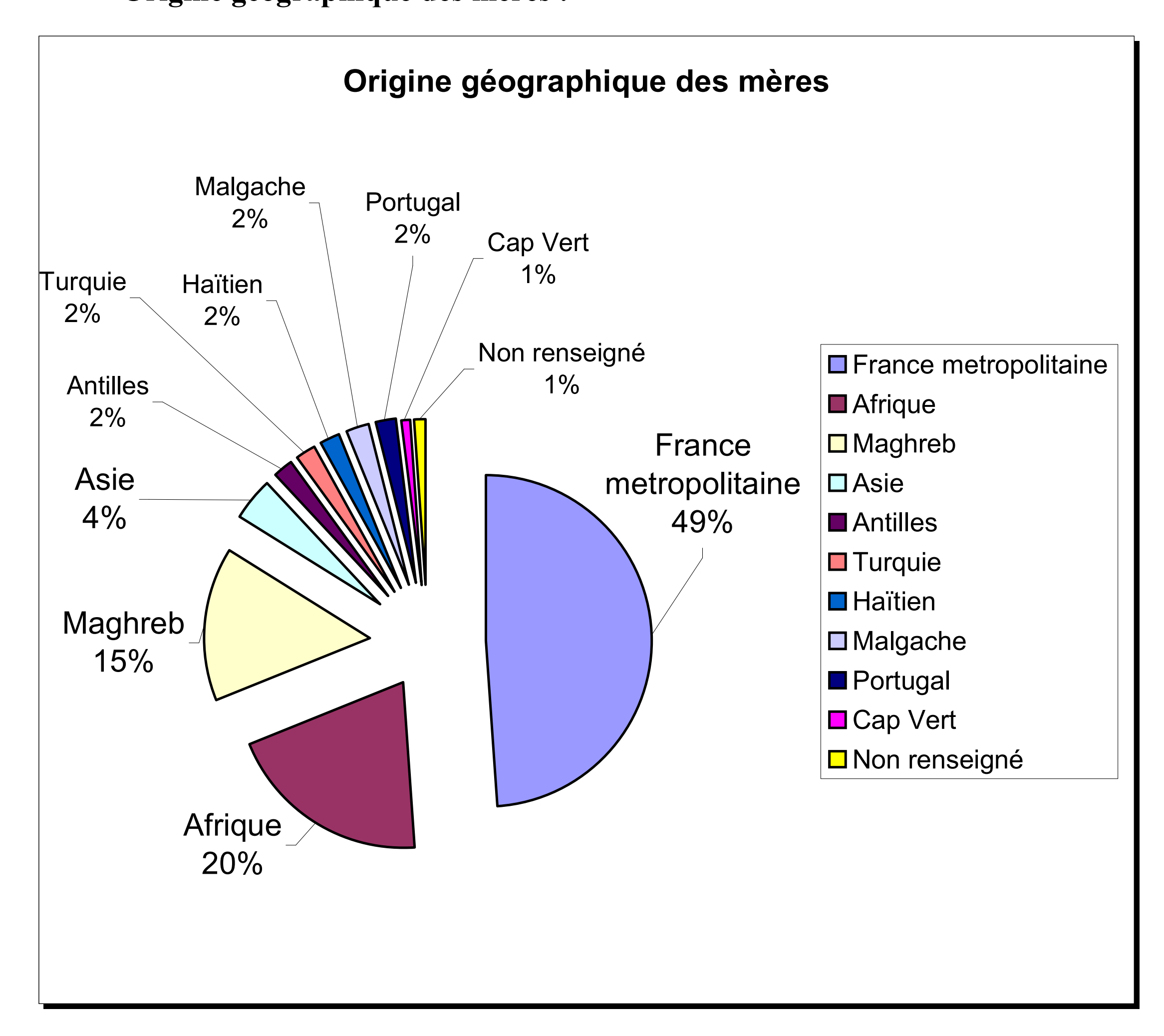


Fig. 27: Origine géographique des mères.

6.2. Informations concernant les pères :

- **La moyenne d'âge des pères est de 32 ans** (Fourchette allant de 18 à 54 ans)
- 11 % des pères sont sans profession.
- 35 % des pères sont en congé paternité au moment de la consultation.
- On a noté également 10 % de pères absents du foyer.

- **Couverture sociale des pères :**

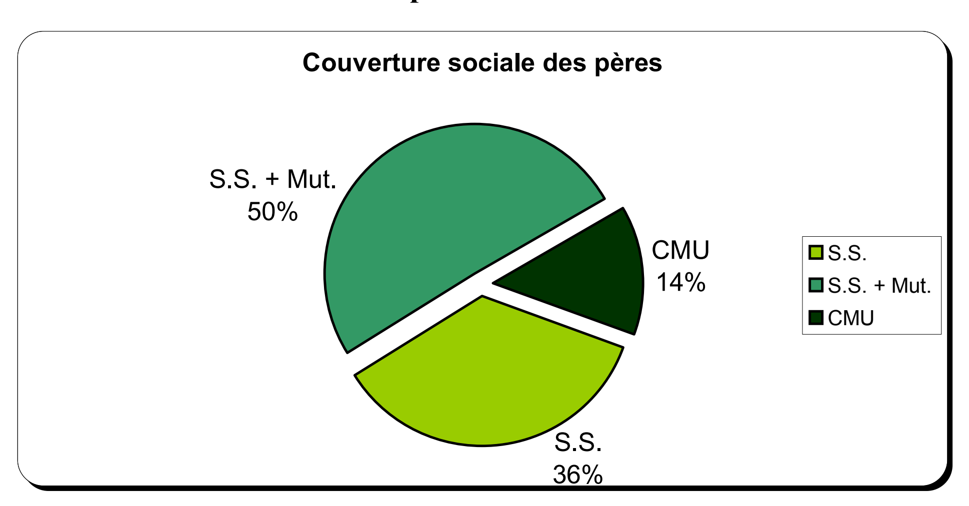


Fig. 28: Couverture sociale des pères.

- **Origine géographique des pères :**

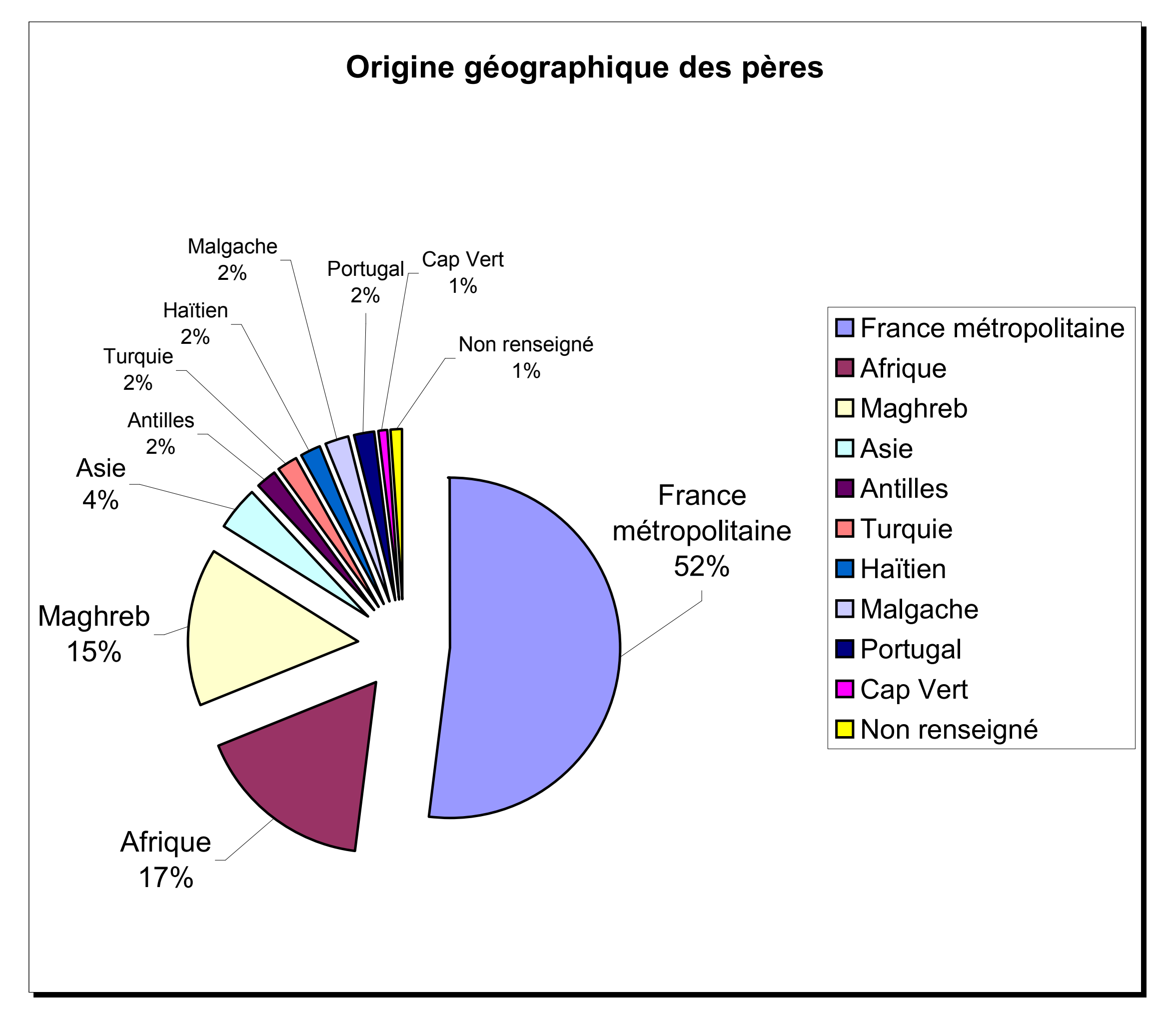


Fig. 29: Origine géographique des pères.

6.3 Informations concernant le reste de la famille :

- **Parité :**

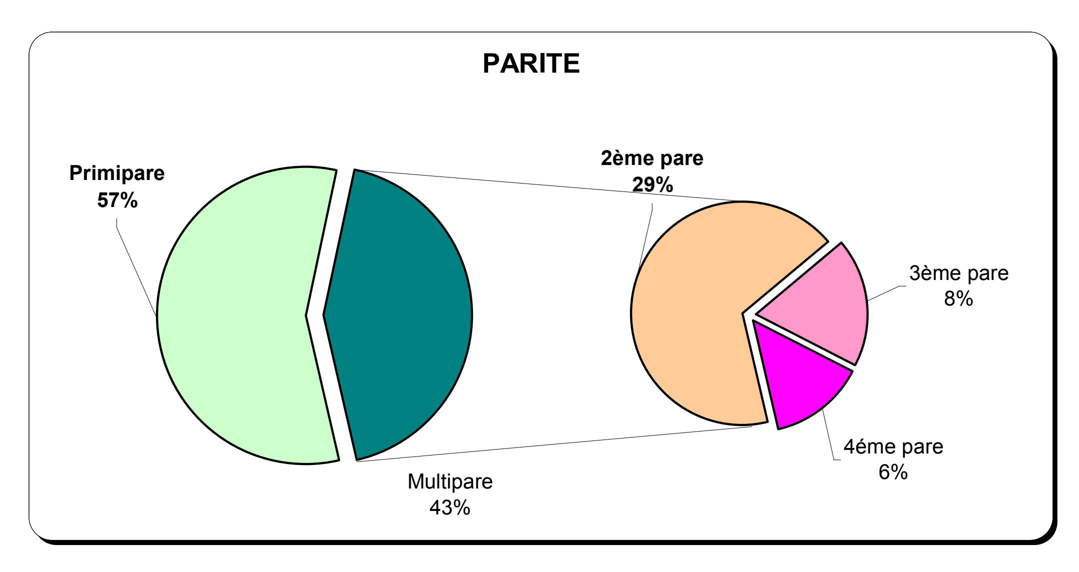


Fig. 30 : Parité.

On note 57% de mères primipares dans notre étude. 29 % sont « deuxième pare ». Les primipares et les « deuxième pare » représentent ensemble 86% des consultants.

- **Entourage familial :**

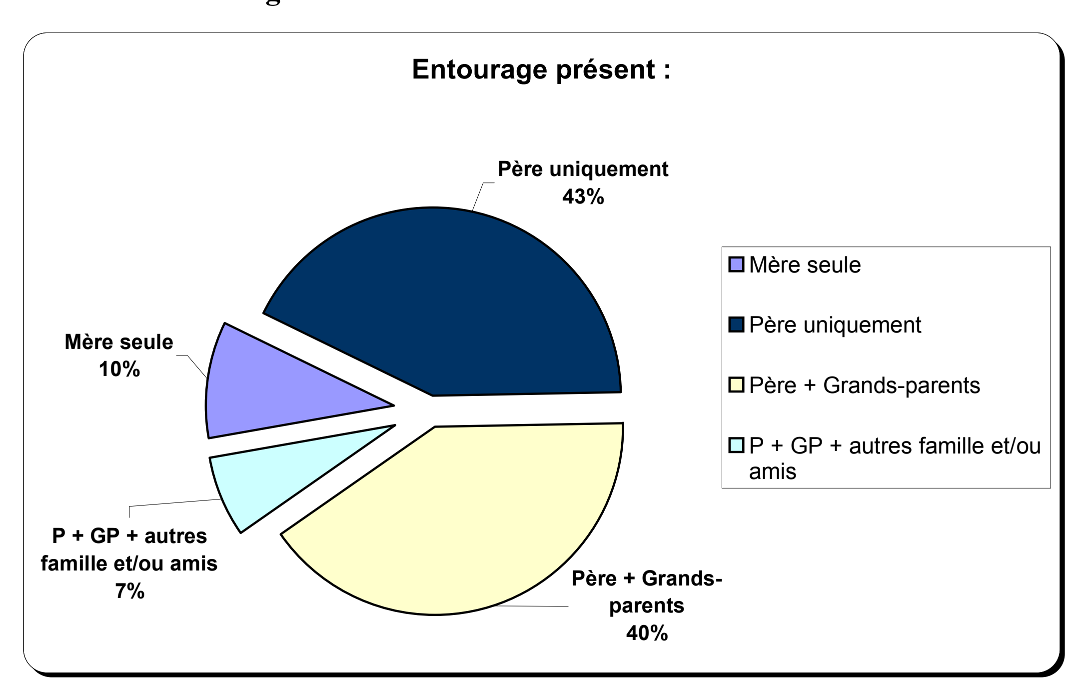


Fig. 31 : Famille présente.

La famille présente se résume au seul père dans : 43% des cas.

Le père est absent dans 10 % des cas :

La mère est donc seule dans 10 % des cas : dont 1% de mères hébergées en foyer, 3% hébergées chez des amis et 6% à leur propre domicile.

D. RESULTATS CROISÉS :

1. LES MOTIFS RELEVANT DE LA PUÉRICULTURE :

Dans notre étude, 65% des motifs de consultations aux urgences pédiatriques relèvent de la puériculture.

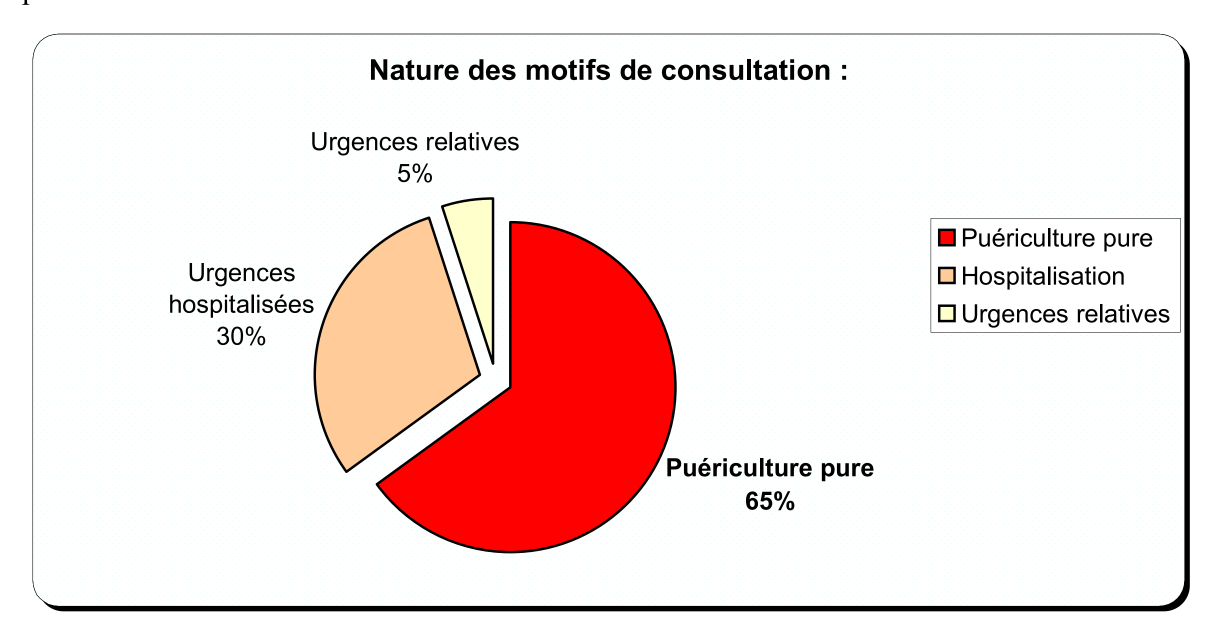


Fig. 20 : Nature des motifs de consultation.

Ce taux important de consultations pour des motifs ne relevant pas du plateau technique des urgences pédiatriques, nous a amené à étudier plus précisément cette catégorie de consultants pour voir si elle différait dans ses caractéristiques maternelles ou infantiles, du reste de la population étudiée.

1.1. Différences significatives de ce groupe :

On a ainsi pu relever plusieurs différences significatives entre le groupe des consultants pour un motif de puériculture et les autres :

1.1.1 L'âge maternel :

La première des différences concerne l'âge maternel. En effet, les mères dans le groupe des motifs de puériculture sont significativement plus jeunes, avec une moyenne d'âge de 23,5 ans.

25 % des femmes dans ce groupe ont moins de 22 ans, contre 6% dans l'autre groupe.
47% ont entre 20 et 27 ans, contre 34% dans l'autre groupe.
28% seulement ont plus de 27 ans, contre 57% dans l'autre groupe.

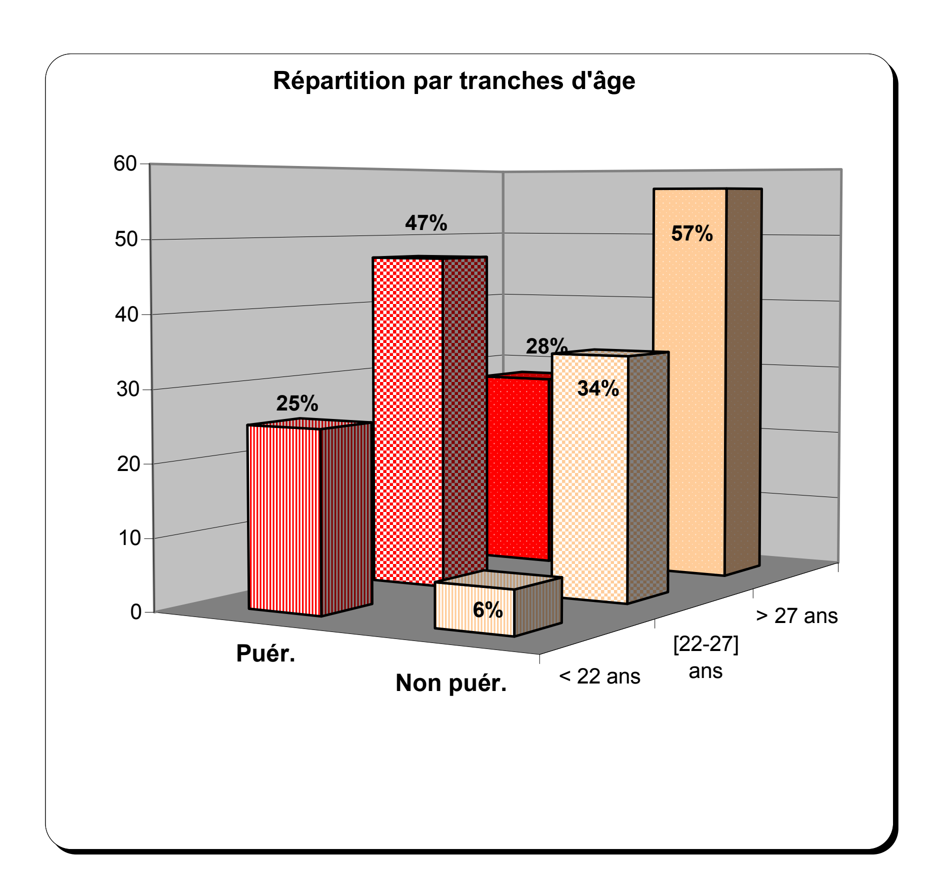


Fig. 32 : Répartition par tranches d'âge.

1.1.2. La parité :

La deuxième différence concerne la parité. Les mères primipares sont significativement plus représentées dans le groupe des motifs de puériculture.

66% d'entre elles sont en effet primipares dans ce groupe, contre seulement 41% d'entre elles dans le groupe des consultants pour un motif ne relevant pas de la puériculture.

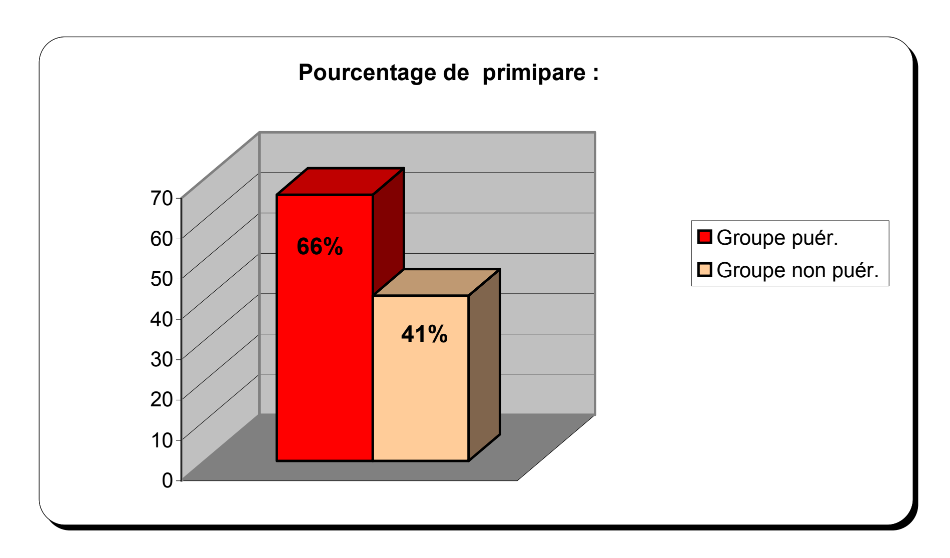


Fig. 33 : Pourcentage de primipare selon les sous groupes.

1.1.3. L'absence d'avis préalable :

La troisième différence concerne l'absence d'avis préalable. Les mères de ce groupe se présentent plus volontiers directement aux urgences pédiatriques.

En effet, on relève 98% de consultations directes dans ce groupe contre 44% de consultations directes dans l'autre groupe.

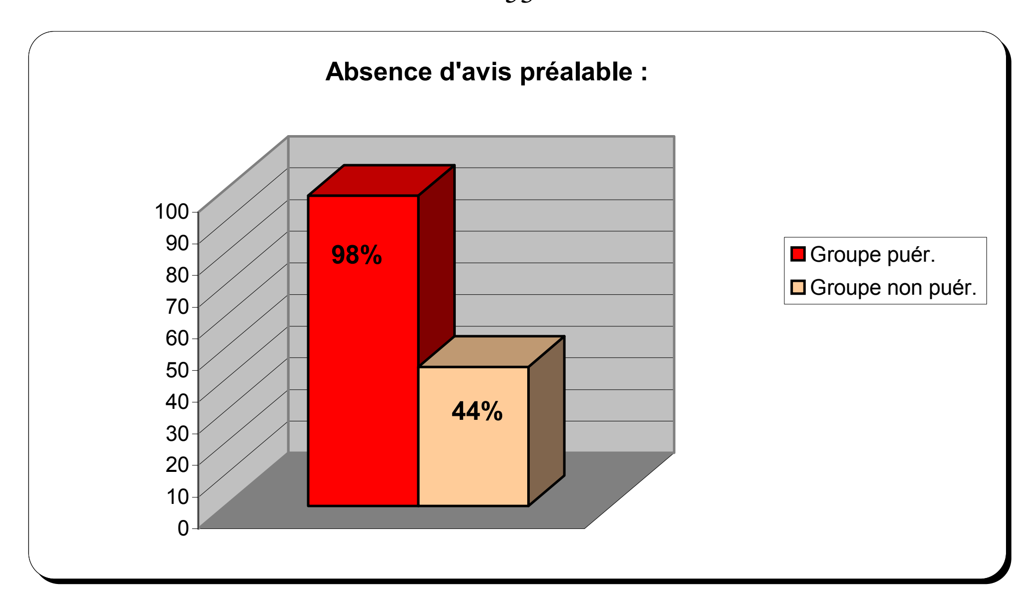


Fig. 34 : Présence d'un avis préalable selon les sous groupes.

1.1.4. L'absence de médecin traitant :

La quatrième différence concerne l'absence de médecin traitant.

33% des mères de ce groupe ont déclaré ne pas avoir de médecin traitant contre 10 % dans l'autre groupe.

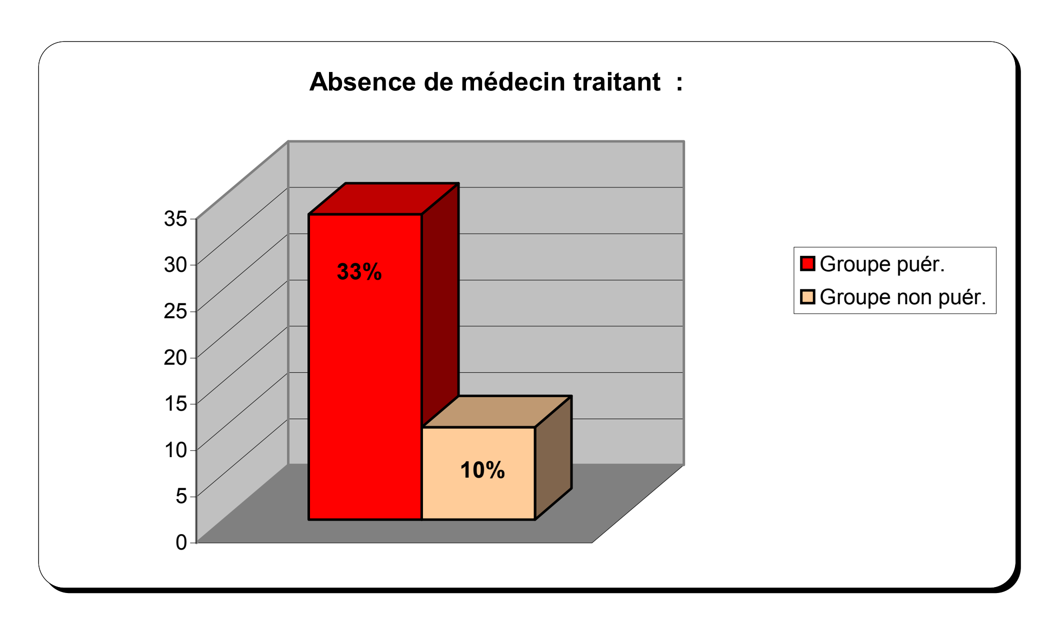


Fig. 35: Absence de médecin traitant selon les sous groupes.

1.1.5. Le vécu du séjour en maternité :

- En reprenant les réponses données par les mères au questionnaire de notre étude, on observe une insatisfaction par rapport à la formation en maternité bien plus grande **:**

- 92% des mères ont trouvé la formation en maternité insuffisante dans le groupe des motifs de puériculture, contre 49% dans l'autre groupe.
- 71% ont trouvé la formation en maternité incomplète, contre 16% dans l'autre groupe.
- 46% ont trouvé la formation en maternité trop rapide, contre 14% dans l'autre groupe.

A la lecture de ces chiffres, il faut rappeler qu'il s'agit du ressenti des mères. Or les mères primipares et/ou jeunes sont plus représentées dans le groupe des motifs de puériculture. On peut concevoir qu'une mère plus âgée ou expérimentée, alors même que les informations délivrées en maternités sont les mêmes, puisse ressentir les choses différemment, avec moins d'angoisse ou d'insatisfaction.

- Un autre point concerne le vécu de la durée du séjour en maternité :

Exclusion faite des dossiers de sortie précoce, il n'existe pas de différence dans la durée du séjour en maternité entre les deux groupes. En moyenne, les mères des deux groupes ont eu la même durée de séjour. Cependant, si l'on se penche sur le vécu des mères, on doit tout de même souligner une différence **:**

- 20 % des mères dans le groupe des motifs de puériculture ont trouvé la durée du séjour en maternité insuffisante contre seulement 13% dans l'autre groupe.
- 61% ont trouvé la durée du séjour en maternité suffisante dans le groupe des motifs de puériculture ce qui est comparable aux 65 % de l'autre groupe.
- 19 % l'ont même trouvé trop longue dans le groupe des motifs de puériculture, ce qui est là aussi comparable aux 22 % trouvés pour l'autre groupe.

.

1.1.6. Le contexte sociodémographique :

L'origine géographique, la couverture sociale des consultants et l'entourage familial présentent des différences significatives entre les 2 groupes.

L'interprétation de ces résultats doit être prudente car il existe certainement des biais. Les situations de migration ou de précarité rendent parfois l'isolement ou l'absence d'entourage familial plus marqué. De même, le recrutement en banlieue parisienne peut y participer.

.

- **La couverture sociale :**

On retrouve 27% de patientes bénéficiant de la CMU dans le groupe des motifs de puériculture contre 12% dans l'autre groupe.

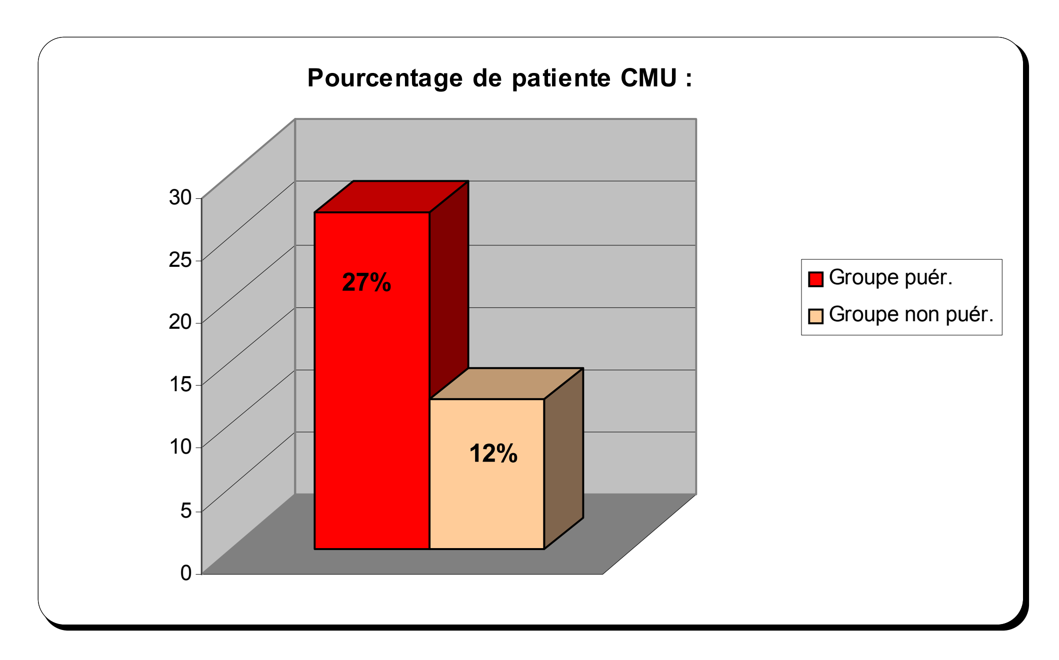


Fig. 36 : Pourcentage de patiente CMU selon les sous groupes.

- **L'origine géographique :**

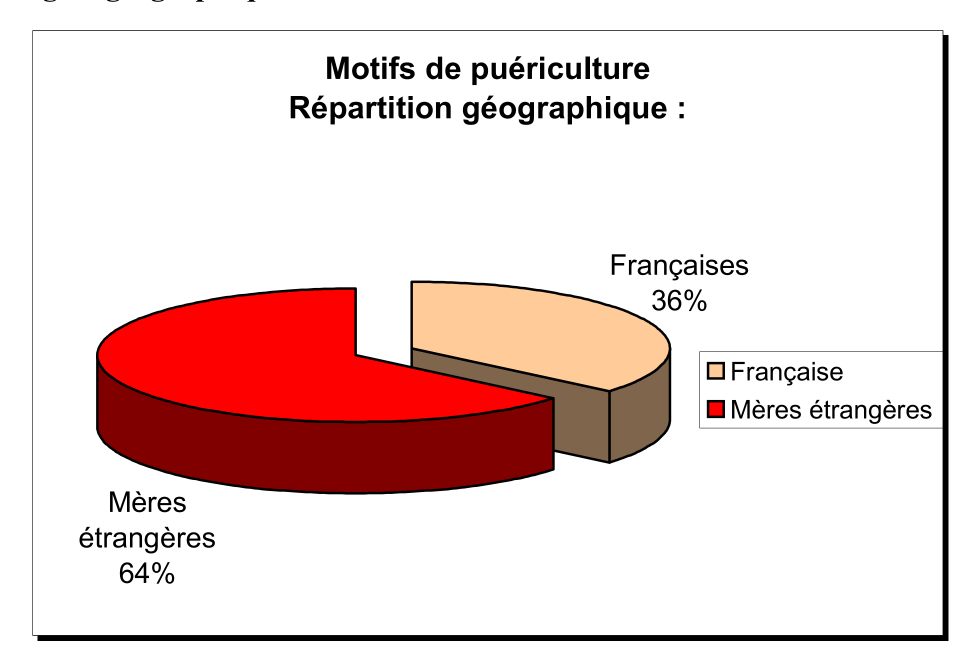


Fig. 37 : Répartition géographique des consultants du groupe puériculture.

Les mères d'origine étrangère consultent majoritairement (64%) pour des motifs relevant de la puériculture.
Dans le groupe des consultants français, sont inclus les patients originaires des DOM TOM.

- **L'entourage familial :**

L'isolement familial est plus marqué dans le groupe des motifs de puériculture.
Dans ce groupe, 48% des consultants ont le père comme seul entourage familial, contre 35% dans l'autre groupe.

Nous avions également 20 dossiers de mères seules dans notre étude. Parmi les dossiers de motifs de puériculture, on retrouve 17 des 20 dossiers de mères seules, soit 85% des mères seules consultent pour des motifs de puériculture. Elles représentent ainsi 13% des consultants dans le groupe des motifs de puériculture contre 6% dans l'autre groupe.

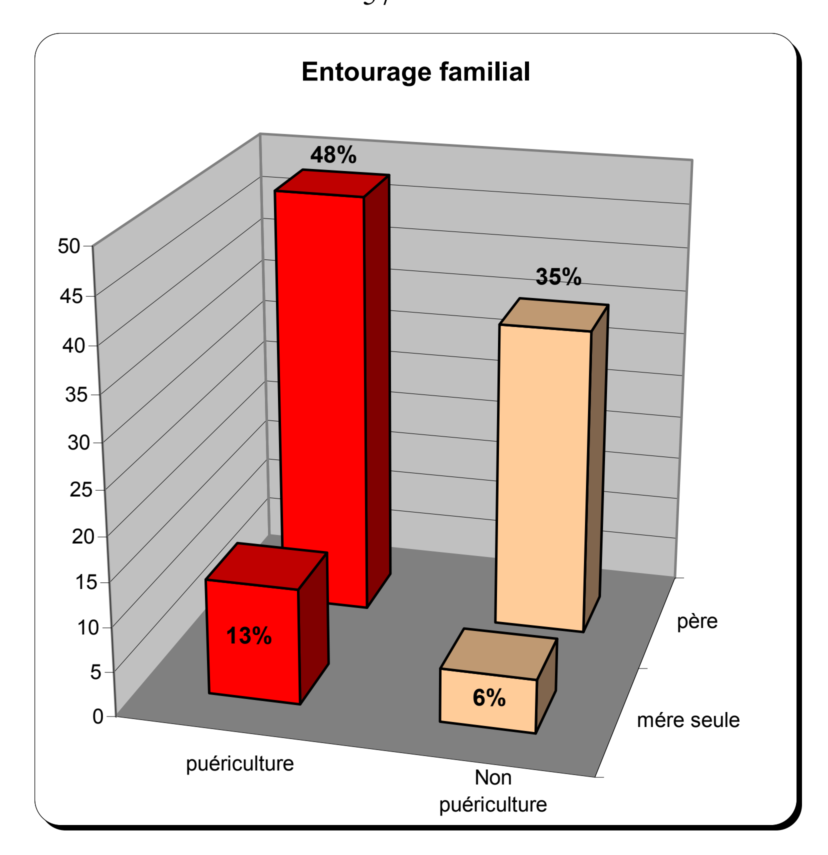


Fig.38 : Entourage familial selon les sous groupes.

- Par ailleurs, nous avions relevé 8 dossiers avec la barrière de la langue comme difficulté supplémentaire.

7 de ces dossiers, soit 87,5% d'entre eux, sont parmi les dossiers de motifs de puériculture.

1.2. Les points ne différant pas :

Il n'a pas été mis en évidence de différence significative entre les 2 sous groupes concernant les points suivants :

- **L'âge des nouveau-nés.**
- **La répartition par sexe des nouveau-nés.**
- **Le type d'allaitement.**
- **Le type de maternité** (publique ou privée).
- **Le type d'accouchement.**
- **La durée du séjour en maternité**

  (Exclusion faite des dossiers de sortie précoce)

2. LE CAS DES SORTIES PRÉCOCES :

On considère comme précoce, une sortie effectuée

- avant le 3éme jour en cas d'accouchement par voie basse
- avant le 5éme jour en cas de césarienne.

Dans notre étude les sorties précoces représentent 18% des cas.

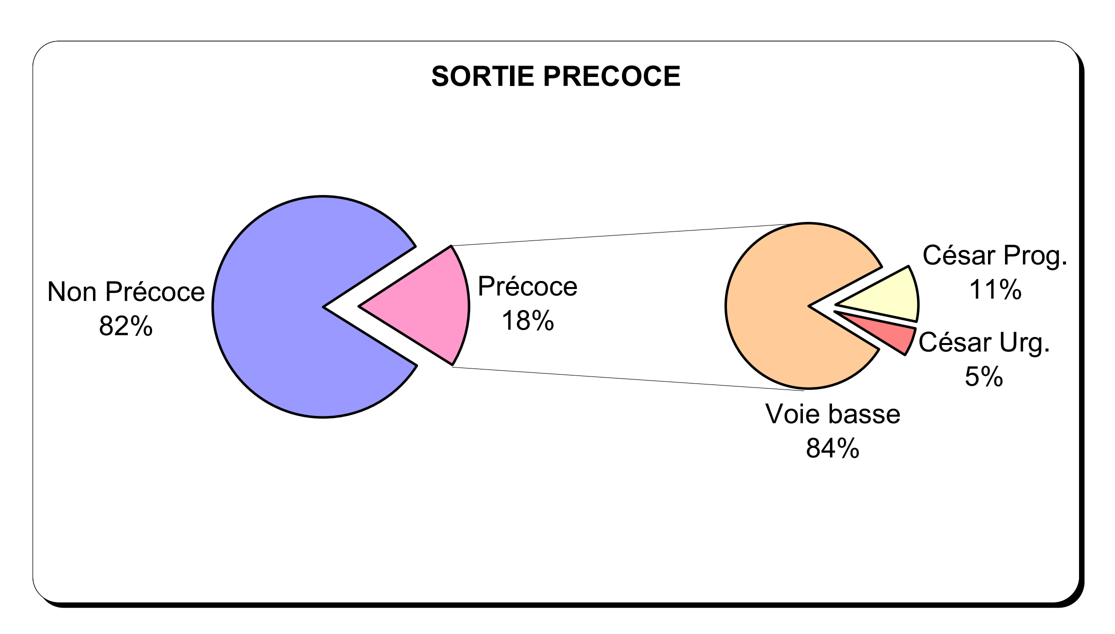


Fig. 9 : Répartition des sorties précoces selon le mode d'accouchement.

2.1. Différences significatives de ce groupe :

Dans notre étude, une des questions soulevée au départ, était de savoir si la sortie précoce de maternité allait amener les parents à consulter plus souvent aux urgences pour des motifs non urgents.

Nous avons donc comparé le groupe des « sorties précoces » au reste du groupe, c'est à dire des « sorties non précoces ».

S'il existe effectivement plusieurs différences significatives, il faut d'emblée souligner qu'ils ne le sont pas dans le sens imaginé au départ de notre étude :

2.1.1. Moins de consultations pour des motifs de puériculture :

En effet, en ce qui concerne la répartition des motifs de consultation relevant de la puériculture, seul 39 % des motifs de consultation dans le groupe « sortie précoce » relèvent de motifs de puériculture, contre 68% dans le groupe « sortie non précoce ».

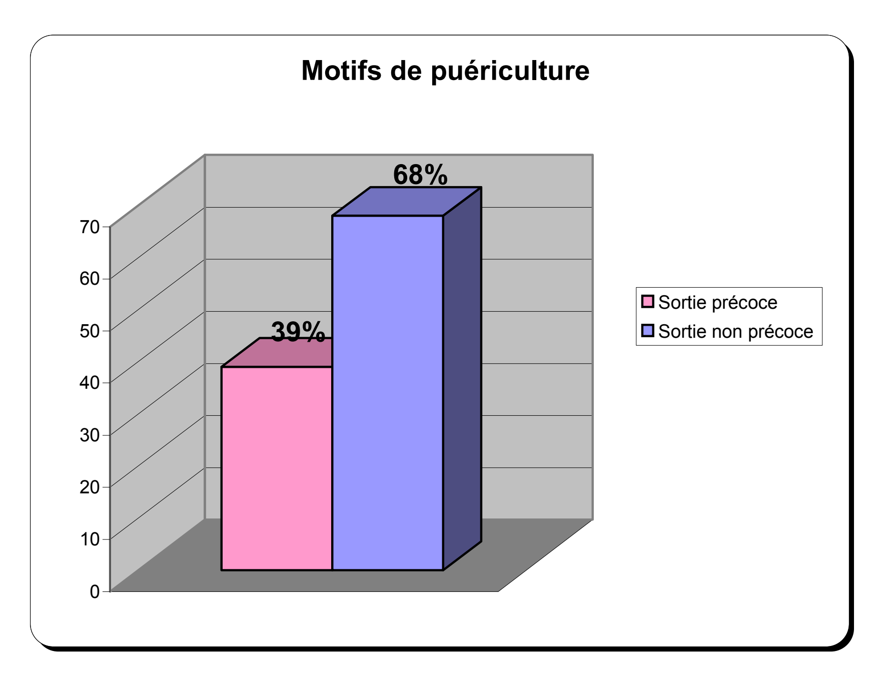


Fig. 39: Pourcentage des consultations de puériculture selon les sous groupes.

2.1.2. La présence d'une consultation préalable :

84% ont déjà consulté auprès d'un médecin depuis la sortie de maternité dans le groupe « sortie précoce », contre seulement 38% dans le groupe « sortie non précoce »

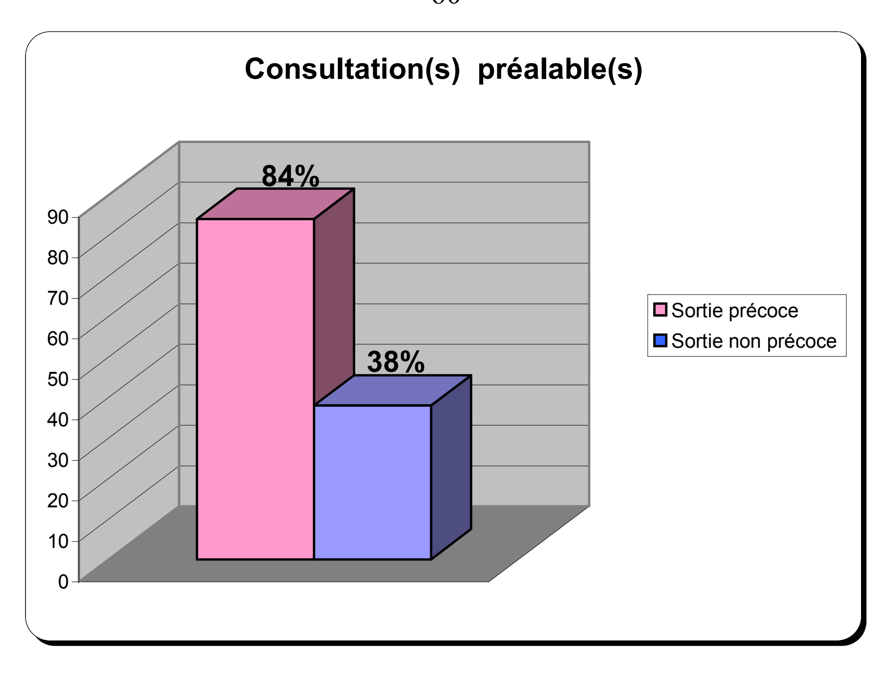


Fig. 40 : Présence d'une consultation préalable selon les sous groupes.

2.1.3. La visite d'une puéricultrice :

98% des « sorties précoces » ont bénéficié de la visite d'une puéricultrice, contre 4% des mères du groupe « sortie non précoce»

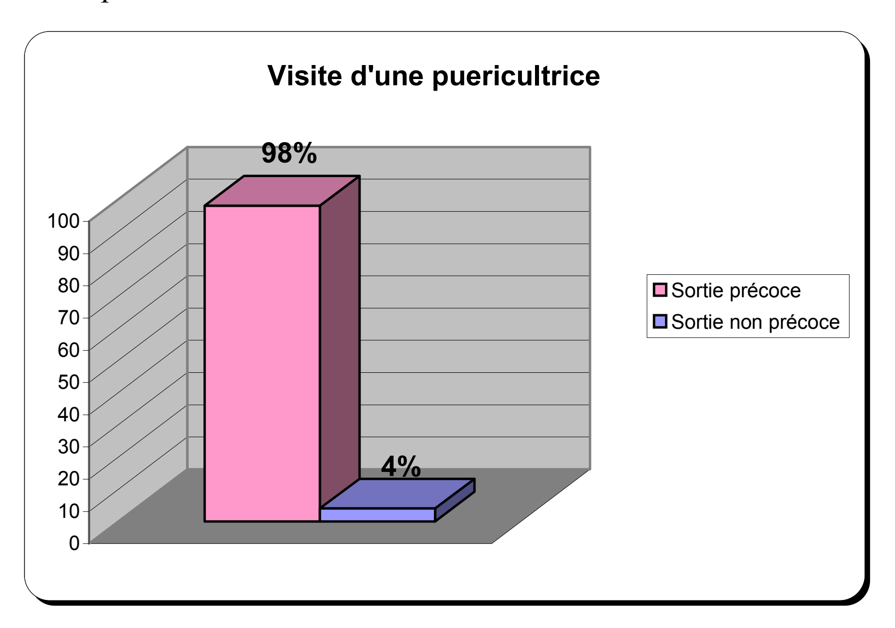


Fig. 41: Visite d'une puériculture selon les sous groupes.

2.1.4. Le lieu d'accouchement :

61% des sorties précoces ont eu lieu dans une maternité publique.

2.1.5 Le vécu de la durée du séjour en maternité :

80% des mères ont trouvé la durée du séjour en maternité suffisante, 20% trop courte

2.1.6 La vécu de la formation en maternité :

50% ont trouvé la formation délivrée en maternité suffisante, 27% incomplète, 22,5% trop rapide.

2.2. Les points ne différant pas :

- **le taux d'hospitalisation** (voir ci-dessous le détail des motifs)
- **La moyenne d'âge des mères.**
- **La parité.**
- **L'origine géographique des parents.**
- **L'âge des nouveau-nés.**
- **La répartition par sexe des nouveau-nés.**
- **Le type d'allaitement.**

Les motifs d'hospitalisation étaient les suivants :

Diarrhée à Rota Virus : 2 dossiers

Diarrhée sans précision : 1 dossier

Mauvaise prise pondérale : 2 dossiers

Oesophagite : 2 dossiers

Sténose du pylore : 1 dossier

Allergie aux protéines de lait de vache : 1 dossier

Géne respiratoire : 3 dossiers

E. DISCUSSION :

1. COMMENTAIRE SUR LES RESULTATS DE NOTRE ETUDE :

1.1 Introduction :

Nous avons pu répondre, au travers des résultats de notre étude, aux interrogations et pressentiments que nous avions en rapport avec les consultations aux urgences pédiatriques des nouveau-nés, dans le mois qui suit la sortie de maternité.

Apres une revue de la littérature française [8, 12, 30], mais également anglo-saxonne [6, 10, 19, 22, 24, 28, 31], de ces dernières années, on a pu également se rendre compte que nos interrogations étaient partagées par de nombreuses équipes médicales à travers le monde.
Qu'il s'agisse de la durée du séjour en maternité, du suivi des nouveau-nés après leur sortie ou bien encore, des consultations aux urgences pédiatriques, les publications dans ces domaines sont nombreuses.
Si la comparaison de nos résultats avec ceux des publications françaises ne relève que peu de différences et ne pose pas de difficultés majeures de transposition, l'interprétation des études anglo-saxonnes et leur comparaison à nos résultats sont, par contre, plus délicates, du fait d'une couverture médicale et d'une prise en charge après la sortie de maternité souvent différentes de celles en vigueur en France. Cependant même si certaines de ces études anglo-saxonnes apportent des réponses surprenantes [26], voir parfois contradictoires [24], la plupart tendent, là encore, à aller dans le même sens que nos constatations.

Voici donc les principaux points à retenir parmi nos résultats :

1.2. La population étudiée :

- Même si les nouveau-nés vus en consultations étaient majoritairement des garçons (59%), on ne peut pas y voir un facteur de risque car ce chiffre est finalement proche de la répartition dans la population générale. Le sexe ratio des naissances en 2006 selon les sources INSEE [17] étant de 1,06.

- Les nouveau-nés avaient une moyenne d'âge de 18 jours et 85% des nouveau-nés avaient plus de 10 jours de vie le jour de la consultation.

Nous n'avions pas instauré de limite d'âge fixée à 28 ou 30 jours de vie comme dans la majorité des études [13, 19, 33]. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit d'ailleurs comme étant un nouveau-né, les enfants de moins de 28jours de vie.
En incluant l'ensemble des enfants vu aux urgences dans le mois qui suit la sortie de maternité, on a pensé ainsi ne pas écarter de l'étude des enfants qui ont pu séjourné longtemps en réanimation, néonatologie ou en maternité du fait d'une complication ou d'une prématurité.

3,5 % de nos dossiers ont révélé un séjour préalable en néonatologie. Ce chiffre est inférieur aux 7,2% de prématurés dans la population générale en France [14,17]. Les prématurés semblent donc moins représentés aux urgences pédiatriques.

De nombreux facteurs interviennent cependant, et l'interprétation de cette constatation doit donc être prudente. La durée du séjour en réanimation ou néonatologie peut parfois être très longue.
La fin du séjour est mis a profit pour former les parents aux petits tracas que peuvent poser leurs bébés. Les parents participent également très activement aux soins pendant le séjour.
Le suivi des premiers mois de vie est souvent très encadré et les enfants sont revus par le pédiatre libéral dès la sortie de maternité. De plus, beaucoup de petits problèmes sont réglés par appels téléphonique [14] des familles directement dans le service de néonatologie.

- 76 % des nouveau-nés sont nés par un accouchement eutocique non compliqué. 95% sont nés à terme (entre 38 et 42 semaines d'aménorrhées).

Il s'agit donc majoritairement d'enfants dont la venue au monde n'a pas posé de difficultés.

- La durée moyenne du séjour en maternité était de 4,57 jours.

Ce chiffre est proche de la moyenne nationale [5] qui est de 4 jours pour un accouchement par voie basse (4,2 jours dans notre étude) et de 8 jours après une césarienne (6,4 jours dans notre étude).

- La moyenne d'âge des mères était de 28 ans.

Ce chiffre est proche de l'âge moyen, en France, des femmes, à la naissance du premier enfant qui est de 28,7 ans [17]

1.3. Le motif de choix des urgences pédiatriques :

- 79% des enfants vus aux urgences ont été amenés directement aux urgences par leurs parents sans aucun avis préalable en ville.

Ce chiffre est comparable aux autres données françaises, qu'il s'agisse de l'hôpital Jeanne de Flandre à Lille [21] où le Dr Leclerc notait 80% de consultants directs ou dans une autre enquête [18] réalisée dans dix hôpitaux de la région Ile de France par exemple, avec là encore, en moyenne 80% de consultants directs. On retrouve ce même chiffre dans une étude [38] menée aux urgences pédiatriques du centre hospitalo-universitaire de Strasbourg et même 90% dans une étude [13] menée aux urgences pédiatriques du centre hospitalier Laennec de Creil.
Une étude [21] à l'hôpital Robert Debré à Paris fait même mention de 10% d'enfants (tous âges confondus) pour lequel les urgences est le seul lieu de soins habituel.

- Dans notre étude, les parents justifient cette venue spontanée aux urgences par une « grande inquiétude » dans 65 % cas, ou dû à « l'heure tardive » dans 15% des cas.

- 40 % de parents l'expliquent du fait de ne pas avoir obtenu de rendez vous en ville.

D'ailleurs parmi ces derniers, 75% n'ont pas coché la case du questionnaire « grande inquiétude ». Ce qui peut laisser penser que s'ils avaient pu consulter en ville, ils l'auraient fait.

- 58% des consultants venant directement, n'ont en fait jamais vu de médecin depuis la sortie de maternité alors même qu'ils sont sortis depuis en moyenne 11 jours.

- La répartition des consultations entre la journée et durant les horaires de garde est assez proche.

La venue en garde est expliquée dans certaines études [3, 30, 32] par l'angoisse plus marquée la nuit et le désir parental d'avoir une réponse rapide face à une situation ressentie comme urgente.
Le manque de disponibilité des parents durant la journée est également un argument [3, 30]. Les mères, bien qu'en congé maternité, attendent le retour du mari pour les accompagner aux urgences ou bien pour garder les autres enfants.
La possibilité d'effectuer des examens complémentaires de nuit et la disponibilité du plateau technique de l'hôpital sont également des raisons de ce recours nocturne. Cet accès aux examens complémentaires fait également parti des motivations pour certain des consultants venant la journée [3]
La gratuité des soins et l'absence d'avance de frais, notamment en garde sont aussi des éléments relevés.

Au delà donc de l'anxiété des parents, de leurs difficultés à juger de la gravité d'une situation, du recours aux horaires de garde, se pose le problème plus général du suivi [2, 7, 10] et de l'encadrement après la sortie de maternité. L'absence ou l'indisponibilité d'un interlocuteur libéral, la mauvaise connaissance de l'offre de soins, l'absence de consultation systématique depuis la sortie de maternité, sont autant de facteurs additionnels majorant le recours aux urgences pédiatriques et relevé également dans les publications.

On a parfois envie de mettre en cause la bonne foi des parents qui disent ne pas avoir obtenu de rendez vous en ville. Car même si l'urgence d'une demande de consultation peut parfois être mal exprimée au téléphone [20] ou comprise d'ailleurs par les secrétariats, on a du mal à imaginer qu'avec l'offre de soins libéral qui est assez dense dans la région, 40% des parents n'arrivent pas à avoir un rendez vous auprès d'un médecin libéral.

Pourtant une étude [1] réalisée en mai 2004 par le biais de 2 enquêtrices se présentant comme des mères venant de sortir de maternité, va dans le même sens que nos résultats. En effet, dans cette étude, une demande de rendez-vous était formulée par téléphone, auprès de cabinets de pédiatrie et centres de PMI d'Ile-de-France, mais malheureusement, pas auprès de médecins généralistes.
Sur les 99 cabinets de pédiatrie libérale contactés, si 89 donnaient effectivement un rendez-vous, le délai moyen d'attente était de 4,4 jours. Sur les 55 centres de PMI contactés le délai moyen d'attente était, là, de 18 jours !

Ces chiffres doivent interpeller, car en l'absence d'interlocuteur privilégié, le recours aux urgences pédiatriques est donc parfois la seule alternative laissée aux parents.
D'autres publications françaises, dont celle du Dr Jeandidier de l'hôpital Jean Verdier de Bondy [18], proche géographiquement de notre établissement, font également mention de ce recours aux urgences pédiatriques durant les horaires d'ouverture des cabinets libéraux ; soit du fait de ne pas avoir pu obtenir un rendez vous, soit tout simplement par absence de médecin référant. Ce problème est évoqué également dans les publications anglo-saxonnes [32, 34].

Cela participe largement à l'inflation des urgences pédiatriques, qui est chiffrée de l'ordre de 5% par an [21] dans les établissements français et pose de réels difficultés de gestion face aux vraies urgences [25], notamment en période d'épidémie.

1.4. Les motifs de consultations :

- la majorité (65%) des consultations relevaient de motifs de puériculture et donc de pathologie non urgente et ne relevant pas du plateau technique des urgences pédiatriques.

Ce chiffre est proche des données de la littérature [3, 18, 21] : 62,3 % de consultations simples dans l'étude [13] menée aux urgences pédiatriques du centre hospitalier Laennec de Creil ou bien 65% de consultations non urgentes dans l'étude [38] menée aux urgences pédiatriques du centre hospitalo-universitaire de Strasbourg.

- Les motifs de consultation les plus fréquents étaient en rapport avec la sphère digestive (52%) ; viennent ensuite les motifs respiratoires (11%) puis les motifs dermatologiques (11%)

Dans l'étude de Creil [13] et de Strasbourg [38], les motifs digestifs représentaient également la première cause de consultations (46,8% et 52,4% respectivement), suivi des pathologies respiratoires (18,4% et 29,5%).
C'est également ces deux groupes de motifs qui sont les plus représentés dans la littérature francophone [2, 18] ou anglo-saxonne [28, 32].

L'alimentation du nouveau-né est, dès la naissance, une des principales préoccupations des mères. « Vais-je réussir à donner le sein ? » « Quel lait choisir ? » « Les quantités et la fréquences des repas ? »... Il en découle tout naturellement une inquiétude bien compréhensible face aux symptômes digestifs.
La rhinite, quant à elle, entraîne des symptômes parfois si bruyants qu'ils peuvent angoisser des parents inexpérimentés et effrayés par la mort subite du nourrisson.

Cependant, si l'on regarde le détail des motifs de consultation au sein de chacun de ces deux groupes, on constate qu'il s'agit majoritairement de problèmes non urgents qui auraient pu bénéficier d'une consultation en ville : coliques, constipation, reflux gastro-oesophagien et régurgitations non compliquées pour ce qui est des motifs digestifs, rhinite simple dans le cas des motifs respiratoires.

1.5. Les hospitalisations :

- On a observé 30 % d'hospitalisations dans notre étude.

Comparé au taux d'hospitalisations de la population pédiatrique en général qui est de 12 % toutes urgences confondues en 2004 dans notre établissement, c'est près de 3 fois plus.
Ce taux d'hospitalisations plus élevé est également mentionné dans plusieurs études [3, 13, 18, 21, 38] allant de 23% à 43 % selon les publications.

Il y a probablement des biais, certaines de ces hospitalisations ayant été décidé pour permettre une surveillance en garde et /ou du fait d'une plus grande prudence à cet âge.

Ce taux d'hospitalisation est d'ailleurs significativement différent selon qu'il y ait eu un avis préalable ou pas. En effet, quant il y a eu un avis préalable, on observe 62% d'hospitalisations, contre 22% en cas de consultation directe.

Par contre, il ne semble pas y avoir de différence dans les caractéristiques socio familiales ou infantiles parmi le groupe des hospitalisés Les enfants, mais également les mères qui les ont accompagnés aux urgences, ne sont pas plus jeunes. Les mères ayant bénéficié d'une sortie précoce ne sont pas non plus sur représentées. La répartition géographique et la couverture sociale sont elles aussi proches de la population générale.
Avec 28,5%, le taux d'hospitalisations, pour les enfants ayant un antécédent de passage en néonatologie, n'est pas non plus supérieur.

Cela souligne la nécessité de renforcer la coordination ville-hôpital et de donner aux parents les repères de consultations dès la maternité pour éviter ce recours direct aux urgences pédiatriques pour des motifs bénins. La présence d'un avis préalable systématique permettrait sans doute de désengorger les urgences et ainsi permettre aux équipes médicales concernées d'être plus disponibles pour les pathologies plus sérieuses.

1.6. L'analyse du séjour en maternité :

- Une durée courte de séjour en maternité n'est pas un facteur majorant le recours aux urgences pédiatriques pour des motifs de puériculture.

Les sorties précoces de maternité ont été parfois montrées du doigt et incriminées dans l'accroissement des consultations aux urgences pédiatriques des nouveau-nés.
Guidé par des objectifs économiques discutables mais également par des contraintes de pénurie de lit et de personnel qualifié, le raccourcissement de la durée du séjour en maternité semble pourtant une évolution inéluctable [27]

Il existe de plus, parfois, une volonté parentale de démédicaliser la grossesse avec une demande de retour rapide voir d'accouchement à domicile [9, 23].

Dans notre étude, on a relevé 18% de dossiers avec une sortie précoce de maternité. Ce chiffre est proche de celui de la population générale. En effet les données fournies par le réseau AUDIPOG (Association des Utilisateurs D'Informatique, Pédiatres, Obstétriciens et Gynécologues) [27] font part d'environ 15% de sorties précoces en Ile de France toutes maternités confondues et de 20% dans les maternités de niveau II. Mais il existe une grande disparité, les sorties précoces pouvant concerner jusqu'à 65% des mères selon les établissements. Les sorties précoces ne sont donc pas surreprésentées dans notre étude.

De plus, dans ce groupe, le taux de consultations pour des motifs non urgents était significativement plus faible (39%).
De même ce groupe ne conduisait pas à un taux d'hospitalisations plus élevé (32%) alors même que les motifs de consultation ne relevant pas de la puériculture y étaient plus nombreux.

La durée du séjour en maternité ne semble donc pas poser de problème en soi comme on pourrait le croire au premier abord. C'est plutôt la formation et l'apprentissage durant le séjour qui priment [7, 12].
Si l'hospitalisation en maternité est courte, mais qu'elle offre une qualité de formation et d'encadrement plus marqué, y compris après le départ, cela est finalement plus déterminant pour permettre aux mères de sortir confiantes, qu'une hospitalisation plus longue mais moins instructive et sans suivi ultérieur [9, 12].

L'expérience des pays [16, 24, 31] qui le pratiquent depuis de nombreuses années, montre que ce retour précoce au domicile peut être sûr et bénéfique s'il est choisi et organisé, mais au contraire mal vécu, s'il est contraint, et potentiellement néfaste s'il n'a pas été préparé.

Une vaste et sérieuse étude américaine publiée dans le New England Journal of Medicine [26] illustre parfaitement ce point de vue. Menée sur une période de 7 ans, elle reprend 20366 naissances par voie naturelle survenues avant et après la ratification par 41 états d'une loi imposant une hospitalisation d'au moins 48 heures. D'après cette étude, la fréquence des

consultations urgentes semble comparable, mais paradoxalement les consultations non urgentes auraient augmenté de 33.4 a 44.7% après la mise en place de cette durée minimale d'hospitalisation. Ce résultat semblerait être la conséquence d'un suivi moins rigoureux qu'il ne l'était après les hospitalisations courtes (moins de 48 heures).

1.7. Caractéristiques familiales des consultants pour motif de puériculture :

- Il existe des différences significatives dans le groupe des consultants pour des motifs non urgents et on a pu ainsi définir une population dite à risque.

Les mères sont plus jeunes et les primipares plus nombreuses dans ce groupe.
Un tiers d'entre elles dit ne pas avoir de médecin traitant. On relève 98 % de consultations directes dans ce groupe. Ces deux points témoignent indirectement du manque d'encadrement de ces mères, pourtant inexpérimentées, après la sortie de l'hôpital. Elles sont d'ailleurs majoritairement mécontentes de la formation reçue en maternité.
Les mères étrangères sont plus nombreuses dans ce groupe. Ce dernier résultat doit être considéré à la lumière des nombreux biais qui peuvent intervenir, même si cette constatation est également avancée dans plusieurs publications [3, 30, 34]
On imagine bien que les situations de migration engendrent souvent un isolement social et surtout familial qui ne permettent pas aux mères d'avoir les repères de formation et de transmissions familiales des notions de puériculture. De même, la barrière de la langue peut jouer un rôle. Il existe aussi parfois une méconnaissance des structures libérales en place. La gratuité des soins et la dispense d'avance de frais influencent également le choix des urgences pour les populations bénéficiaires de la CMU qui sont parfois majoritaires parmi les populations étrangères.

Parmi ces facteurs, certains donc, comme l'éducation et la formation reçue, ou la coordination ville-hôpital défaillante, doivent bénéficier d'améliorations.
D'autres facteurs favorisants, comme le jeune âge des mamans, la primiparité ou le niveau socio-économique, réalisent, quant à eux, une population, qu'il convient malgré tout de mieux encadrer.

Voici donc quelques pistes de réflexions :

2. PROPOSITIONS :

2.1. Amélioration de l'enseignement :

Les notions de puériculture de base, l'information sur les symptômes bénins ou les signes d'alarmes font trop souvent défaut.

L'action des professionnels de santé doit donc être renforcée dans ce sens comme le soulignent de nombreuses équipes médicales [7, 9, 12, 16].

2.1.1 L'enseignement prénatal :

Les consultations mensuelles en cours de grossesse, qu'elles soient auprès du médecin généraliste, ou bien du gynécologue obstétricien, doivent être un moment privilégié d'éducation, de formation et de prévention.

Les futures mères ont déjà eu l'occasion de lire une multitude de choses, et elles se posent souvent déjà bien des questions qu'elles n'osent pas aborder.

Il existe parfois une sorte de barrière psychologique à l'idée d'évoquer ces interrogations pour un être qui n'est pas encore là.

On peut cependant au cours ou en fin de grossesse évoquer l'allaitement, le bain, le couchage, les sorties, le matériel de puériculture…

C'est aussi le moment de discuter par exemple du congé de paternité ou du tabagisme passif.

2.1.2 L'enseignement en maternité :

Les résultats du questionnaire de notre étude montrent le contraste saisissant entre la durée du séjour en maternité ressentie comme suffisante ou trop longue par 83 % des mères et l'insatisfaction quant à la formation reçue durant ce même séjour.

Il semble donc primordial de renforcer l'éducation et le travail de prévention en maternité.

Plusieurs études anglophones [6, 10, 26] témoignent, quant à elle, que le retour à domicile même précoce, pour peu qu'il soit entouré d'informations et d'un suivi, ne donne pas lieu à une augmentation significative des consultations aux urgences pédiatriques.

Il faut renforcer l'apprentissage des notions de puériculture de base qui ne se limitent pas aux simples soins de cordon, du bain ou à la toilette de l'enfant.
Les conseils d'alimentation et tout ce qui touche à la sphère digestive mériteraient que l'on y consacre plus de temps puisqu'ils représentent 52% des motifs de consultation dans notre étude.

A l'heure d'internet, et malgré la profusion de livres et de revues traitant du sujet, il ne faut surtout pas négliger notre rôle d'information et de prévention.
Voici une liste non exhaustive des principaux sujets à traiter :

PRINCIPALES INFORMATIONS A TRANSMETTRE :

- L'allaitement.
- La préparation des biberons.
- Les différents laits.
- La prise de poids normale des nouveau-nés.
- Le transit habituel selon le mode d'allaitement.
- Les régurgitations.
- Le rot.
- Savoir reconnaître quand il a faim.
- Comment faire face à une constipation ?
- Que faire en cas de diarrhée ?
- Les modalités de prise de la température.
- Le couchage de l'enfant.
- Le siège auto.
- La température de la chambre.
- Le bain et les soins en général.
- Les soins au niveau du cordon ombilical.
- Quand s'inquiéter de la rhinite ?
- Que faire face à la fièvre ?
- Les signes d'alarmes : quand faut il s'inquiéter ?
  Proposer un support papier clair listant les principaux signes d'alerte.

On pourra également aborder le syndrome du bébé secoué ou le tabagisme passif…
Le temps consacré à la transmission de ces informations devrait également aider à

- Dépister les situations à risque.
- Appréhender la situation sociale ou l'état psychique de la maman.
- Evaluer la qualité du lien mère enfant.

Il convient évidement de redoubler d'attention pour les mères jeunes et/ou inexpérimentées et/ou sans soutien familial.

Il faudrait également s'assurer que les parents disposent d'un médecin traitant et valoriser le rôle du médecin généraliste. Il sait bien souvent répondre aux attentes des mères jeunes.

Cette mission n'est pas dévolue au seul pédiatre de maternité [2, 4, 23] , même s'il a évidemment un rôle déterminant. Sa charge de travail et le fait d'être amené parfois à prendre en charge des situations d'urgence vitale, ne lui laissent pas toujours le temps nécessaire.
Chacun des moments en maternité doit être l'occasion d'échanges et d'informations par toute l'équipe soignante, lors des soins, de la toilette ou de toute autre visite aux mères.

Pour cela il faut renforcer la formation de l'équipe soignante et lui permettre une plus grande disponibilité. On retrouve ces recommandations dans les « plans périnatalité » mais les crédits comme toujours font défaut.

2.2. Renforcer la coordination ville-hôpital :

Une étude détaillée [3], menée au service de pédiatrie du centre hospitalier universitaire de Poitiers et portant sur les caractéristiques sociales, économiques et familiales des consultants aux urgences pédiatriques apporte un regard neuf concernant la représentation de ces consultants.
Les articles et publications diverses [18, 21] font souvent état de deux types de consultants aux urgences pédiatriques. L'un, plutôt classe moyenne, consumériste, qui voit dans les urgences, un lieu de soins moderne et réactif où les examens complémentaires pourront être réalisés rapidement et l'enfant vu par un spécialiste compétent. L'autre, défavorisé socialement, dont la

représentation des urgences est un prolongement de la PMI ou du dispensaire et où l'enfant consulte par habitude. Cette étude montre que si effectivement ces deux représentations existent, ils ne sont, par contre, pas dominants et il faut y rajouter une troisième représentation du consultant issue de l'inquiétude parentale excessive et de l'isolement socio familial maternel. Cette dernière représentation surplombe les deux autres sur lesquelles elle empiète même très largement.
65% des parents, dans notre étude, justifient d'ailleurs leurs recours aux urgences pédiatriques du fait d'une grande inquiétude.

Il existe certainement des liens entres les différentes représentations, mais si effectivement la composante émotionnelle et relationnelle domine, ce que l'on peut concevoir à cet âge de la vie, même avec la meilleure des formations en maternité, il convient alors d'améliorer l'encadrement après la sortie de maternité et donner dès la naissance de l'enfant les habitudes de consultation et le recours à des interlocuteurs privilégiés en cas d'inquiétude sur la santé de l'enfant, plutôt que d'accourir aux urgences pédiatriques. Les médecins libéraux, généralistes ou pédiatres sont devenus des repères insuffisants dans la gestion des urgences ressentis par les familles [11, 18]

Mais en pratique, on se doit tout de même, de rappeler que dans notre étude, 40% tout de même, des parents justifient le recours aux urgences du fait de ne pas avoir obtenu de rendez vous en ville.

La mise en place d'un suivi dès le retour à domicile, qu'il soit assuré par le pédiatre libéral, le médecin généraliste, la puéricultrice, la PMI ou bien encore dans le cadre d'un réseau, semble l'option la plus sûre mais implique une organisation dès la maternité afin d'avoir la certitude que l'enfant sera revu dans un délai raisonnable, sans discontinuité des soins, et le médecin libéral informé des éventuelles difficultés ou inquiétudes concernant l'enfant.

2.2.1 La place du médecin généraliste :

Dans notre étude 25% des patientes déclarent ne pas avoir de médecin traitant.
Il s'agit essentiellement de femmes jeunes. On peut imaginer qu'elles n'ont aucune pathologie chronique. Le suivi gynécologique et celui de la grossesse ont alors pu être assuré par un gynécologue obstétricien.

Pourtant, le médecin généraliste peut et doit avoir un rôle primordial dans la prise en charge des enfants, mais aussi de la maman, à la sortie de la maternité.

Depuis notre étude, l'instauration du «choix du médecin référant » a probablement changé les données.
La mise en place également d'un tarif pédiatrique jusqu'aux 2 ans de l'enfant, devrait permettre de consacrer plus volontiers le temps nécessaire à de telles consultations, bien souvent longues.

Quand consulter ?

Il faut s'assurer avant la sortie de maternité, que les parents disposent bien d'un médecin traitant et les encourager à programmer une visite systématique après la sortie de maternité.

Un rendez vous peut même être fixé avant la sortie de la maternité dans les situations possiblement à risque, le pédiatre de maternité informant le médecin traitant afin de prendre en charge au mieux ces nouveau-nés en les réexaminant 48 heures après la sortie.

Dans les autres cas, cette consultation pourrait survenir entre le 7éme et le 14éme jour de vie, car l'on sait, par expérience, que c'est à cette période que l'examen du nouveau né a une sensibilité accrue dans le dépistage des malformations cardiaques ainsi que la surveillance de l'évolution de l'ictère, de l'allaitement ou de la prise pondérale.

Malheureusement, le certificat du 8éme jour est bien souvent rempli dès la maternité et n'incite donc pas les parents à consulter de façon systématique, alors qu'il serait un bon moyen de créer un lien avec le médecin libéral.

A quoi sert une consultation systématique ?

Il faut prévoir une consultation longue, afin de pouvoir examiner complètement l'enfant et avoir le temps de répondre ensuite aux interrogations des parents ou de rappeler des règles de puériculture de base.

.

Au delà de l'examen clinique complet du nouveau né, on surveillera l'évolution de la courbe de poids de taille et du périmètre crânien de l'enfant et on vérifiera la supplémentation vitaminique.

On évoquera à nouveau les informations que nous avions listées plus haut pour vérifier ainsi les acquis, les compétences et la bonne compréhension des parents.
On pourra aussi fournir les coordonnées des services de garde ou d'urgence.

A l'issu de cette première consultation il faudra établir un calendrier de visite ainsi que le calendrier vaccinal.

Pourquoi le médecin généraliste ?

Aux interrogations qui entourent l'enfant, s'ajoutent bien souvent d'autres points dont il convient de s'occuper et qui concernent la maman : le retour de couche, les saignements, la contraception, la sexualité, les médicaments autorisés … C'est cette prise en charge « globale », qui fait toute la richesse et la spécificité de la médecine générale.

De plus, le médecin généraliste, quand il connaît la famille et son environnement, est plus à même de dépister des troubles de la relation mère-enfant, ou les premiers symptômes du baby blues. Le rôle de médecin de famille trouve là toute sa définition.

Quand il s'agit par contre d'une première rencontre, il devra s'efforcer au delà de l'examen clinique de l'enfant, d'évaluer la qualité de cette relation mère-enfant.

L'examen clinique de l'enfant nécessite une formation et une expérience que tout médecin généraliste doit pouvoir acquérir durant ses études et compléter en formation continue.

La maquette du 3éme cycle du DES de médecine générale devrait comporter dorénavant obligatoirement un stage de pédiatrie. Cela n'était pas le cas dans toutes les facultés il y a encore quelques années.
Un certain nombre de diplômes universitaires comme celui de « Pédiatrie en maternité » ou d'« Accueil des urgences pédiatriques » ouverts aux médecins généralistes permettent de compléter la formation qui fait parfois défaut [15]

2.2.2 Le pédiatre libéral :

Dans notre étude 46% des mamans disent ne pas connaître de pédiatre en ville.
Pourtant, y a-t-il plus compétent pour examiner un nouveau né ?

Sa formation longue et son expérience quotidienne en font le médecin le plus apte à gérer tous les aspects du développement des enfants, de la naissance [20] à la fin de la croissance.

Cependant, au delà de l'examen du nouveau né, la méconnaissance de la famille de l'enfant par le pédiatre, dans le cas des mères primipares notamment, peut rendre la prise en charge globale moins aisées.
De plus, le nombre de pédiatres libéraux n'est pas suffisant en France pour assurer une couverture totale des soins aux enfants.

On a évoqué parfois la disparition programmée de la pédiatrie générale libérale dans des querelles syndicalistes stériles, opposant pédiatres libéraux et médecins généralistes. En plus d'être peu confraternel, cela n'apporte surtout rien à la prise en charge des enfants, qui devrait être la priorité. Les pratiques sont complémentaires et heureusement nombre d'entre nos collègues travaillent en bonne collaboration.

Il faut rappeler que la pédiatrie est en dehors du champ de la coordination des soins puisque le choix d'un médecin traitant ne concerne que les assurés sociaux à partir de 16 ans. De plus des mesures tarifaires spécifiques aux pédiatres sont prévues.

2.2.3. La PMI :

Dans notre étude, 80% des mères disent avoir connaissance de la PMI.

Les centres de PMI dépendent de la fonction publique territoriale et sont financés par les conseils généraux des départements. Ils ont pour rôle de lutter contre la mortalité périnatale et la mortalité infantile, de promouvoir la santé publique et de lutter contre les inégalités.

C'est un rôle de dépistage, de formation et de prévention d'autant plus important qu'il s'adresse souvent à une population défavorisée.

Ces centres permettent l'éducation aux soins de puériculture, le soutien à l'allaitement, la surveillance de l'évolution de la courbe de poids, de taille et du périmètre crânien…
C'est aussi un lieu de rencontre et d'échange entre les mères qui sortent ainsi parfois de leur isolement.

Les centres de PMI proposent également, gratuitement, aux familles qui le désirent, la visite à leur domicile d'une puéricultrice du centre de PMI dont ils dépendent.

Pourtant, leurs effectifs multidisciplinaires ne leurs permettent pas toujours d'assurer pleinement leurs missions.

Il semble donc primordial de revaloriser le rôle des différents intervenants, puéricultrices, sages femmes, psychologues ou médecins, qui font un travail difficile souvent en première ligne face aux situations les plus fragiles. Mais là encore, les crédits font défaut.

2.2.4. Les structures du type réseau post partum :

La majorité des structures de ce type sont destinées à l'encadrement des sorties précoces de maternité où la prise en charge des nouveau-nés et des parents débute ainsi à la maternité mais se poursuit au domicile par une sage femme.
Les modalités de la surveillance et des soins à domicile sont mises en place par chaque établissement à partir de leurs propres moyens et réseau, mais répondent toujours à des critères de sélection et nécessitent une certaine organisation que l'on retrouve dans les recommandations de

la Haute Autorité de Santé (HAS) intitulé *« Recommandations pour la pratique clinique. Sortie précoce après accouchement. Conditions pour proposer un retour précoce à domicile »* [16]. Ces recommandations ont été publié en 2004 à la demande de l'Organisation nationale des syndicats de sages-femmes.
Elles sont le fruit du travail d'une cinquantaine de professionnels de santé, sages-femmes, médecins généralistes, gynécologues obstétriciens, pédiatres, médecins de PMI, infirmières, puéricultrices. Si ces recommandations ne représentent pas une marche à suivre obligatoire, elles donnent les grandes lignes directives que les professionnels concernés doivent prendre en compte

En dehors du cadre des sorties précoces, ces recommandations et les réseaux post partum qui les appliquent, sont parfois également mis à profit, pour suivre les parents et les nouveau-nés qui le nécessiteraient, comme par exemple, à la maternité du centre hospitalier d'Eaubonne à Montmorency [20]

Les exemples de réseau sont nombreux comme le service d'Hospitalisation A Domicile (HAD) de l'Assistance Publiques des Hôpitaux de Paris (APHP) [20] ou LA SOPREA du CHU Edouard Herriot à Lyon [20, 35, 36] , évoqué plus bas, pour en illustrer les principes de fonctionnement.
Les résultats sont dans tous les cas très encourageants. La satisfaction des parents mais aussi les taux de ré-hospitalisation sont parlants.

L'utilisation de ces réseaux pourrait être proposée avec encore plus de succès à l'ensemble des parents en y incluant le médecin généraliste pour assurer, par la suite, la continuité des soins.
Mais malheureusement comme pour les autres propositions, le personnel et les finances font défaut.

- **EXEMPLE DE LA SOPREA** du CHU Edouard Herriot à Lyon.

Ce service qui existe depuis 1993, a été crée à l'initiative des sages-femmes de la maternité.
Il est constitué de deux sages-femmes travaillant en lien avec une sage-femme responsable, toutes trois étant du service de maternité.

Destiné au suivi des sorties précoces, il fonctionne sans interruption, week-end et jours fériés inclus.

Les sages-femmes partagent leur temps entre les visites aux familles et une présence dans le service afin de rencontrer les familles candidates à une future sortie précoce mais aussi d'échanger les informations avec le personnel et les médecins du service

Elles assurent en général la surveillance de la mère et du nouveau né pendant les deux ou trois jours qui suivent la sortie. Mais les sages-femmes sont autorisées à suivre l'enfant jusqu'à l'âge d'un mois si nécessaire. Les critères de surveillance et de soins sont les mêmes qu'à la maternité

Les prélèvements sanguins, en particulier le test de Guthrie, et les prélèvements urinaires sont réalisables et transmis au service.

Les visites qui durent souvent au delà d'une heure, favorisent l'enseignement de l'allaitement et permettent l'implication de l'ensemble de la famille. Elles peuvent permettre aussi de dépister d'éventuelles difficultés sociales ou familiales.

Le nom du médecin traitant est demandé dès la sortie de la maternité et un relais avec les services de PMI est proposé en cas de difficultés persistantes au delà de quelques jours.

Elles concernent actuellement 25 % des familles de toutes conditions socioculturelles.

2.2.5. Les services de consultation au sein des urgences pédiatriques ? :

A l'image des « maisons médicales de garde » présentes dans de nombreuses villes et qui assurent une permanence de soins par des médecins généralistes libéraux le soir et les week-ends, on pourrait développer des structures de consultation, au sein des urgences et ouvertes à tous, où médecins généraliste et pédiatres libéraux du secteur assureraient une présence quotidienne à tour de rôle, avec des horaires plus larges.

La possibilité d'y voir ainsi un médecin, sans rendez vous, peut répondre aux demandes des parents qui n'ont pas eu de rendez vous en ville.

Si un bilan complémentaire se révélait nécessaire, ou si l'état de santé de l'enfant le justifiait, il serait alors orienté vers les urgences pour la poursuite de sa prise en charge.

La création de telles structures et leur fonctionnement, font face toujours aux mêmes problèmes de manque de financement et de personnel.

Sont évoqués également par certaines équipes [18, 30], l'utilisation et l'image même de telles structures. Elles ne permettent pas de donner des repères et un interlocuteur fixe aux parents, qui continueront à adopter une attitude consumériste.

F. CONCLUSION :

Notre étude, menée sur 6 mois, aux urgences pédiatriques de l'hôpital Saint Camille de Bry Sur Marne, nous a permis de répondre aux interrogations que nous avions en rapport avec les consultations des nouveau-nés, dans le mois qui suit la sortie de maternité.

Ainsi, nous avons pu constater que le service des urgences, représente trop souvent (79%) le premier et seul recours pour de nombreux parents qui se présentent donc de leur propre chef, sans le moindre avis préalable auprès d'un médecin libéral.
Si, à cet âge de la vie, l'angoisse que peuvent générer les symptômes, même les plus bénins, surtout pour des parents dont il s'agit du premier enfant, peut parfaitement légitimer un avis médical, il ne justifie pas le recours direct aux urgences dans nombre de cas.
En effet, ces consultations, comme nous le pensions, sont en grande majorité (65%) sollicitées pour des motifs qui ne sont pas réellement urgents, mais qui relèvent plutôt de la puériculture.
D'ailleurs, pour la plupart de ces consultations (68%), de simples conseils sont suffisants avant le retour au domicile.

Le manque de formation en maternité, l'absence ou la difficulté d'accès à un médecin référant, l'isolement socio-économique, sont autant de facteurs qui majorent cette utilisation inappropriée des urgences pédiatriques.
A contrario, la courte durée du séjour en maternité ne semble pas la favoriser. En effet, les parents ayant bénéficié d'une sortie précoce de maternité consultent moins pour des problèmes relevant de la simple puériculture. Bien que consultant à meilleur escient, ils n'ont pas entraîné un taux d'hospitalisation plus élevé dans notre étude.
De même, les enfants ayant été hospitalisés en Néonatologie ne semblent pas se présenter plus souvent aux urgences pédiatriques ou conduire à un taux d'hospitalisation plus élevé.

30% de l'ensemble des nouveau-nés vus aux urgences sont hospitalisés. Ce taux élevé souligne l'existence de pathologies parfois sérieuses ou nécessitant une surveillance hospitalière. Si la majorité de ces enfants ont préalablement bénéficié d'un avis auprès d'un confrère libéral, certains ont été amenés directement aux urgences.

Leur venue dans le flot des consultations non urgentes nécessite une vigilance constante des équipes soignantes surtout en période épidémique.

Pour améliorer cette situation il convient donc de renforcer la formation des parents avant et durant le séjour en maternité afin de leur transmettre les notions de puériculture de base et de les sensibiliser aux symptômes bénins et graves. Il faut également orienter dès la sortie de maternité l'ensemble des parents vers un médecin référant afin de prolonger et compléter cette prise en charge qui nécessitera une vigilance d'autant plus grande qu'il s'agit de parents jeunes, inexpérimentés ou isolés.

Le médecin généraliste, de part la prise en charge globale du nouveau né et de la mère qu'il peut offrir, pourrait tenir une place centrale de coordination entre les différents intervenants : pédiatre libéral, sage femmes, puéricultrices et centre de PMI.

ANNEXE :

Annexe 1 : questionnaire de recueil des données de l'étude.

Consultation aux urgences pédiatriques des nouveau-nés et des nourrissons dans *<u>le premier mois qui suit la sortie</u>* de maternité ou de néonatologie.	Etiquette avec adresse

INFORMATIONS GENERALES

***Etablissement :** ☐Maternité privée ☐Etablissement public ☐Autres :………………………

***Terme :**……………..………semaines de grossesse.

***Mode d'accouchement :**

☐Eutocique ☐Césarienne en Urgence Motif……………………

☐Césarienne programmée ☐Autres modalités : Précisez……………………….

Motif……………………

***Infos sur :**	***Maternité***	***Néonatalogie***
Date de sortie	…..…../…....../…......	…....…/……..../……...
Poids de naissance :	…………..grammes	…………..grammes
Poids de sortie :	…………..grammes	…………..grammes
Poids actuel :	…………..	grammes
Problèmes notables / Evénements marquants		

***Type d'allaitement :** ☐Seins ☐Seins + Complément Artificiel ☐Artificiel uniquement

CONSULTATION

***Consultations antérieures ?:** ☐Non ☐Oui :

*Nombre de fois : …………… Dernière en date: ……./…..../…...
*Auprès de: ☐médecin généraliste ☐pédiatre ville ☐hôpital
☐spécialiste ☐Urgences ☐PMI – dispensaire (même si visite de contrôle)
*Diagnostic :………………………….. …
*Si Hospitalisation durée :……………jours
*Le motif actuel de consultation est il le même que la précédente consultation? ☐Non ☐Oui

***Motif d'arrivée aux urgences:** (plusieurs réponses possibles)

☐Pleurs ☐Fièvre ☐Gêne respiratoire ☐Problèmes alimentaires- Digestif : ☐Vomissement ☐Régurgitation - Rejet ☐Diarrhée ☐Constipation ☐Mauvaise prise pondérale ☐Refus alimentaire ☐Autres…………………	☐Malaise – Hypotonie ☐Ictère ☐Traumatisme ☐Dermatologie : ☐Eruption cutanée ☐Problème cordon ☐ Autres: Précisez …………………………………………… ………………………………………………………………..

CONSULTATION (Suite)

***Pourquoi aux urgences ? :** (plusieurs réponses possibles)

☐ Grande inquiétude ☐ Proximité ☐ Heure tardive ☐ Pas de rendez vous en ville	☐Adressé par ☐ médecin généraliste ☐ pédiatre de ville ☐ PMI ☐Autres : Précisez…………………………………..

***Mode d'arrivée :**

☐ Moyens personnels	☐ SAMU
☐ Pompiers	☐ Autres :Précisez :…………….

***Réalisation d'examens complémentaires :**

☐ECBU ☐Prise de Sang ☐PL	☐Radio : type :………………………... ☐Kiné respiratoire : ☐ECBC ☐Autres Précisez :……………………..	☐ AUCUN EXAMEN

DIAGNOSTIC de SORTIE :…………………………………………………………………………………………………

***ORIENTATION** :

☐Retour au domicile ☐Simple
☐Avec consigne de revoir médecin traitant
☐Surveillance porte puis retour au domicile
☐Hospitalisation ☐Transfert : Motif : ……………………………
☐Autres : Précisez……………………………………………………..

***TRAITEMENT: Si non Hospitalisé**

☐ Conseils diététiques : ☐en cas de diarrhée
☐en cas de vomissement
☐en cas de coliques
☐ Traitement anti-reflux
☐ Antibiotique
☐ DRP
☐ Kiné respiratoire
☐ Autres : Précisez :………………………………..

INFORMATION / PRISE EN CHARGE / EDUCATION:

***Aviez vous reçu durant votre séjour en maternité ou en néonatalogie des consignes précises sur:** (plusieurs réponses possibles)

☐Les différents types d'allaitement ? ☐La façon de préparer un biberon de lait ? - Que faire en cas de troubles digestif ? : ☐Coliques ☐Diarrhée ☐Vomissement	☐Que faire en cas de fièvre ? ☐Les soins au niveau du cordon ? ☐La crise génitale ? ☐La PMI ? ☐Les permissions de pré sortie ? (pour néonat)

***Cette formations vous a paru :**

-Suffisante ☐oui ☐Non : ☐ Trop rapide ☐ Incomplète	**Remarques :** ☐ Barrière de la langue ?

***La durée de votre séjour en maternité ou en néonatologie vous a paru :**

☐ Suffisante ☐ Trop courte ☐ Trop longue	**Remarques :**

***Avez vous rencontré une puéricultrice depuis votre sortie ?** ☐Oui ☐Non
***Savez vous où se trouve la PMI ?** ☐Oui ☐Non
***Avez vous un médecin traitant ?** ☐Oui ☐Non
***Connaissez vous un pédiatre en ville ?** ☐Oui ☐Non

PARENTS ET FAMILLE

	Mère	***Père***
Age :		
Profession exercée:	…………………………………………. Date prévue de reprise du travail éventuelle:……………………………….. Congé parental : ☐Oui ☐Non	…………………………………………. Congé paternel : ☐ Oui ☐Non Congé parental : ☐Oui ☐Non
Couverture sociale	☐Assuré social ☐Aide médicale état ☐CMU ☐Mutuelle	☐Assuré social ☐Aide médicale état ☐CMU ☐Mutuelle
Origine ethnique		

***Autres enfants :** ☐Non ☐Oui :

Age					

***Entourage et famille présente** ?: ☐Oui **:** ☐Père au domicile ☐Grands parents ☐Autre famille ☐Amis
☐Non = <u>Mère seule</u> ☐Au domicile ☐En foyer
☐En Hôtel ☐Chez amis

BIBLIOGRAPHIE :

1. ASSATHIANY R, GIACOBBI V, SZNAJDERM. Disponibilité des pédiatres libéraux et communautaires après une sortie précoce de maternité. Arch Pédiatr. 2006 : Vol 13 : 336-340

2. BENHAMOU PH, CALDERA R, DEHAN M, et al. Problèmes courants en suites de couches. Paris: Médecine-Sciences Flammarion : 1999 : 465-90

3. BERTHIER M, MARTIN-ROBIN C. Les consultations aux urgences pédiatriques: études des caractéristiques sociales, économiques et familiales de 746 enfants. Arch Pédiatr. 2000 : Vol 10 : Suppl 1 : 61-63

4. BOISSINOT C. Rôle du pédiatre de maternité. Arch Pédiatr. 2001 : Vol 8 : Suppl 2 : 492-4

5. BLANC JP. Durée optimale de séjour en maternité.Arch Pédiatr. 2000 :Vol 7 : Suppl 2 : 290-1

6. BRUMFIELD CG, ASHWORTH CS, LEA C. Early discharge revisited: prob1ems encountered with the home visit follow-up after the liberalization of eligibility Criteria. J Matern Fetal Med. 2001 : 10: 277-82

7. BURLET G, HAMON I, HUBERT C, HASCOET JM. Prise en charge avant l'accouchement. Dépistage des situations à risque. Arch Pédiatr. 2001 : Suppl 2 : 489-9 1

8. CLARIS O. Conséquences sur la prise en charge des nouveaux-nés du raccourcissement des séjours des mères en maternité. Arch Pédiatr. 2001 : Vol 8 : Suppl 2 : 498

9. CLEOPHAX JP, FAUQUET E, GIRODET D. Sorties précoces de maternité : problèmes posés, exigences, recommandations. Arch Pédiatr. 1999 : Vol 6 : 885-8

10. DAVID A, BROUSSEAU C, MEURER J. Association between infant continuity of care and pediatric emergency department utilization. Pediatrics. 2004 : 113(4) : 738-41

11. DAVID A, RABEND I. La participation de la pédiatrie libérale à la prise en charge des urgences. Arch Pédiatr. 1999 : Vol 6 : Suppl 2 : 467s-8s

12. DUBOS JP, CODACCIONI X. L'éducation pour la santé en maternité. Arch Pédiatr. 2000 : Vol 7 : Suppl 2 : 299-301

13. FARBOS julie. Consultations des nouveau-nés de moins de 30 jours aux urgences pédiatriques de Creil (Oise) étude prospective sur un an. 99f. thèse d'exercice. Médecine. Médecine générale. Université de Picardie Jules Verne : 2006 :14.

14. GAREL M, BAHUAUD M, BLONDEL B. Conséquences pour la famille d'une naissance très prématurée deux mois après le retour à la maison. Résultats de l'enquête qualitative d'EPIPAGE. Arch Pediatr. Nov 2004. Vol. 11. 11.1299-1307

15. HAAS H, TRIOLO V, BERLIOZ M, BERARD E. Les médecins généralistes libéraux niçois et l'urgence pédiatrique. Arch Pediatr. 2001 : Vol 8 : Suppl 2 : 559s

16. HAUTE AUTORITE DE SANTE. Sortie précoce après un accouchement: conditions pour proposer un retour à domicile. Texte des recommandations. Mai 2004. http://www.has-sante.fr

17. INSEE. Institut National de la Statistique et des Études Économiques. Atlas des populations immigrées en Ile-de-France. Déc. 2004 et Recensement de la population depuis 2004. http//www insee fr

18. JEANDIDIER B, DOLLON C, LABORDE H, PARIES J, TAUDELUS J. Le faux débat des fausses urgences. Arch Pédiatr. 1999 : 6 : suppl. 2 : 464-6

19. KENNEDY TJT, PURCELL LK, LEBLANC JC, JANGAARD KA. Emergency department use by infants less than 14 days of age. Pediatr Emerg Care. 2004 : 20: 437-42.

20. LANGUE J, LACROIX-BARBERY I. Sorties précoces de maternité : place du pédiatre libéral. Arch Pédiatr. 2001 : Vol 8 : Suppl 2 : 495-8

21. LECLERC F, MARTINOT A, SADIK A, HUE V, DORKENOO A.
L'inflation des urgences pédiatriques. Arch Pédiatr. 1999 : Vol 6 : Suppl 2 : 454-6

22. LEE KS, PERLMANN M, BALLANTYNE M, ELLIOTT I. Association between duration of neonatal hospital stay and readmission rates. J Pediatr. 1995 : Vol 127 : 758-766

23. LEQUIEN P. Raccourcissement du séjour des mères en maternité: pourquoi le pédiatre reste prudent? Arch Pédiatr. 2001 ; Vol 8 : Suppl 2 : 487-8

24. LIU S, WEN SW, MC MILLIAN D, TROUTON K, FOWLER D, MC COURT,
Increased neonatal readmission rate associated with decreased length of hospital stay at birth in Canada. Can J Public Health. 2000 Jan-Feb : 91 (1): 46-50.

25. LODE N, MAURY I, BOISSINOT C. Urgences vitales chez le moins d'un mois
Journal de Pédiatrie et de Puériculture. Mai 2004 : Vol 17 : 3 : 143-150

26. MADDEN JM., SOUMERAI SB, LIEU TA, MANDL KD, ZHANG F, ROSS-DEGNAN D, Effects of a law against early postpartum discharge on newborn follow-up. Adverse events and hmo expenditures.New England Journal of Medicine. December 2002 : Vol. 347 : 25

27. MAMELLE N, DAVID D, VENDITELLI F, RIVIERE O, et les obstétriciens du réseau sentinelle AUDIPOG. La Santé Périnatale 2001 - à partir du Réseau Sentinelle AUDIPOG. Editions Audipog. Lyon mars 2002 et site internet http://audipog.inserm.fr

28. MILLAR KR, GLORR JE, WELLINGTON N, JOUBERT G. Early neonatal presentations to the pediatric emergency department. Pediatr Emerg Care. 2000 : 16: 145-50.

29. NELSON VR. The effect of newbom early discharge follow-upprogram on pediatric urgent care utilization. J Pediatr Health Care. 1999 : Mar-Apr : 13 (2): 58-61

30. PEDESPAN L, HUSSER J, LLANAS B, PILLET P. Portrait d'une salle d'attente aux urgences pédiatriques. Arch Pédiatr. mai 2001 ; Vol 8 : Suppl. 2 : 559s.

31. PEREZ SOLIS D, PARDO DE LA VEGA R, FERNANDEZ GONZALEZ N, IBANEZ FERNANDEZ A, PRIETO ESPUNES S, FANJUL F. Neonatal visits to a pediatric emergency service. An Pediatr. 2003 : 59(1) : 54-8.

32. POMERANTZ WJ, SCHUBERT CJ, ATHERTON HD, KOTOGAL UR. Characteristics of non urgent emergency department use in the first 3 months of life. Pediatr Emerg Care. 2002 : 18 : 403-8

33. RUGEMINTZWAZA D, DEFAWE G, BRIDOUX-HENNO L, YVENOU C. L'hospitalisation des nouveau-nés entre 8 et 28 jours. Arch Pédiatr. 2002 : Vol 9 : Suppl. 2 : 296.

34. SHARMA V, SIMON S, BAKEWELI M, ELIERBACK E. Factors influencing visits to emergency department. Pediatrics. 2000 :160 : 1030-1039.

35. STAGNARA J, CHATELAIN P, DAVID T, FLORET D, DUQUESNE A, DURR F. Projet de réseau de soins de l'accueil des urgences médico-chirurgicales pédiatriques de la communauté urbaine de Lyon. Arch Pédiatr. 1999 : Vol 6 : Suppl. 2 : 482-4

36. STAGNARA J, VERMONT J, DUQUESNE A, ATAYI D, De CHABANOLLE F, BEILON G. Urgences pédiatriques et consultations non programmées: enquête auprès du système de soin de l'agglomération lyonnaise. Arch Pédiatr. 2004 : Vol 11:108-114

37. TIXIER F, BEGUIN A, STAGNARA J. Urgences de trois premiers mois suivant la sortie de maternité. Rev prat. 2001 : 51 : 1874-1877

38. VILLEMIN, Estelle. Les consultations des nouveau-nés de moins de un mois aux urgences pédiatriques médicales du CHU de Strasbourg : Aspect socio-économiques et nosologiques. 88 f. thèse d'exercice. Médecine. Médecine générale. Université Louis Pasteur de Strasbourg : 2007 : 12

ANNEE : 2007

NOM ET PRENOM DE L'AUTEUR : DJAVADIAN Alexandre Arash

DIRECTREUR DE THESE : Docteur Catherine BARREY

TITRE DE LA THESE : Motifs de consultation aux urgences pédiatriques des nouveau-nés et des nourrissons dans le premier mois qui suit la sortie de maternité ou de néonatologie

Au travers d'une étude épidémiologique longitudinale prospective réalisée en 2004, aux urgences pédiatriques de l'Hôpital Saint Camille de Bry Sur Marne, nous avons essayé de déterminer les motifs de consultation des nouveau-nés dans le mois qui suit la sortie de maternité ou de néonatologie.
Nous avons ainsi pu déterminer que ces consultations étaient majoritairement (79%) sollicitées sans aucun avis préalable en ville alors même qu'elle relevaient le plus souvent de motifs de puériculture (65%).
Les motifs de consultation les plus fréquents étaient en rapport avec la sphère digestive (les coliques, le reflux gastro-oesophagien et les problèmes de régurgitation), venaient ensuite les motifs respiratoires représentés majoritairement par la rhinite, puis les motifs dermatologiques.
Une courte durée de séjour en maternité, ou un séjour préalable en néonatologie, n'étaient pas des facteurs majorant ce recours aux urgences pour des motifs de puériculture.
Il existait des différences significatives entre le groupe des consultants pour des motifs de puériculture et les autres. On a ainsi pu définir une population à risque.
Parmi ces facteurs, certains, comme l'éducation, la formation reçue ou l'encadrement après la sortie de maternité peuvent et doivent bénéficier d'améliorations.
D'autres, comme le jeune âge des mamans, la primiparité ou le niveau socioéconomique, réalisent, quant à eux, une population, qu'il convient de mieux encadrer. Pour cela, à la lumière des réseaux existant dans certaines maternités, il convient de majorer la coopération ville hôpital.
Le médecin généraliste, de part la prise en charge global qu'il offre, pourrait y tenir une place de coordination importante.

MOTS-CLES :

- Consultation médicale - Nouveau-né
- Service urgences
- Postpartum
- Puériculture

ADRESSE DE L'U.F.R. : 8, rue du Général Sarrail
94010 CRETEIL CEDEX